

Rapport sur la santé périnatale au Canada

ÉDITION

2008

Canada

Notre mission consiste à promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
Agence de la santé publique du Canada

Des exemplaires du présent rapport sont disponibles auprès de la :
Section de la santé maternelle et infantile
Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie
Centre pour la promotion de la santé
Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
200, promenade Eglantine
Édifice Jeanne Mance, 10e étage, A.L. 1910D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Téléphone : (613) 941-2395
Télécopieur : (613) 941-9927

Il est aussi possible de consulter cette publication par Internet à :
http://www.santepublique.gc.ca/rspc/

Also available in English under the title:
Canadian Perinatal Health Report, 2008 Edition

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

Citation suggérée : Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008. Ottawa, 2008.

Publication autorisée par le ministre de la Santé

No HP10-12/2008F au catalogue
ISBN 9778-0-662-47236-0

Table des matières

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

Répercussions sur la santé maternelle

Répercussions sur la santé fœtale et infantile

Section C : Annexes

Liste des figures

Introduction

Aperçu

Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

Comportements et habitudes

Services de santé

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

Répercussions sur la santé maternelle

Répercussions sur la santé fœtale et infantile

Remerciements

Ce projet n'aurait pas été mené à terme sans le dévouement et la collaboration de nombreuses personnes. La Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie remercie les personnes suivantes :

- Ora Kendall et Merrilyn Allegakone, du Programme d'accès et de coordination des données, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada, qui ont géré l'acquisition et la tenue de la plupart des ensembles de données des hôpitaux utilisés dans ce rapport;

- les directeurs de l'état civil des provinces et des territoires qui nous ont fourni, par l'intermédiaire de Statistique Canada, les données provinciales et territoriales sur les naissances, les mortinaissances et les décès;

- Nancy Darcovich, Mario Bédard, Leslie Geran, Catherine Dick et Hélène Aylwin de la Division de la statistique de la santé, et Russell Wilkins, du Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada, qui ont approuvé et fourni les données des statistiques de l'état civil nécessaires à la production de l'édition 2008 du *Rapport sur la santé périnatale;*

- Marie Beaudet, de la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, qui a contribué à l'interprétation des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes que nous avons utilisées dans ce rapport;

- Caroline Heick, Kinga David et Juliana Wu, de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui nous ont guidé dans les questions reliées aux données sur les hôpitaux.

Nous reconnaissons et remercions enfin les auteurs, les rédacteurs et les membres du Comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) et des groupes d'étude du dévouement soutenu avec lequel ils ont abordé les travaux du SCSP.

Collaborateurs

Auteurs

Section de la santé maternelle et infantile

Sharon Bartholomew, MHSc
Susie Dzakpasu, MHSc
Ling Huang, MD, MSc
Juan Andrés León, MD, MSc
Joan Lindsay, PhD
Shiliang Liu, MB, PhD
Catherine McCourt, MD, MHA, FRCPC
Tatiana Sotindjo, BSc

Coauteurs du SCSP

Alexander Allen, MD, FRCPC
Madeline Boscoe, RN
Beverley Chalmers, DSc (Med.), PhD
Jane Evans, PhD, FCCMG
William Fraser, MD, FRCSC
Michael Graven, MD, MS, MPH, FAAP
Grace Guyon, RN, BScN
Maureen Heaman, RN, MN, PhD
Mary E. Johnston, BHSc, BEd
K.S. Joseph, MD, PhD
Catherine Kimak, RN, BScN
Lily Lee, BN, MPH, MSN
Shoo K. Lee, PhD, MBBS, FRCPC
Robert Liston, MB, ChB, FRCSC, FRCOG
Beverley O'Brien, RN, DNSc
Patricia O'Campo, PhD
Arne Ohlsson, MD, MSc, FRCPC
Catherine Royle, RN, MN
Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Janet Smylie, MD, CCFP, MPH
Shuqin Wei, MD, PhD
David Young, MD, MSc, FRCSC

Rédacteurs-réviseurs

Susie Dzakpasu, MHSc
K.S. Joseph, MD, PhD
Joan Lindsay, PhD
Catherine McCourt, MD, MHA, FRCPC
Louise Pelletier, MD, MPH, FRCPC
Neel Rancourt, BA
Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
David Young, MD, MSc, FRCSC

Analystes recherchistes

Sharon Bartholomew, MHSc
Deshayne Fell, MSc
Ling Huang, MD, MSc
Juan Andrés León, MD, MSc
Shiliang Liu, MB, PhD
Jocelyn Rouleau (Gestionnaire des données)

Production et coordination

Adèle Lemay Jones
Louise Pelletier, MD, MPH, FRCPC
Neel Rancourt, BA

Soutien administratif

Debbie Beaudoin
Ernesto Delgado

Système canadien de surveillance périnatale (2008)—Comité directeur et groupes d'étude

Président du SCSP

Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Professeur de pédiatrie et de sciences de la santé communautaire
Université de Calgary
Calgary (Alberta)
Scientifique visiteur à l'Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI, GEEM, GESM

Représentants

Alexander Allen, MD, FRCPC
Partenariat des programmes périnatals du Canada
Halifax (Nouvelle-Écosse)
CD, GESFI (coprésident)

Madeline Boscoe, inf.
Réseau canadien pour la santé des femmes
Winnipeg (Manitoba)
CD, GEEM

Kim Bulger, MSW, MPA
Le Ralliement national des Métis
Ottawa (Ontario)
CD

Jane Evans, PhD, FCCMG
Collège canadien de généticiens médicaux
Winnipeg (Manitoba)
CD, GESFI

Grace Guyon, inf., BScN
Partenariat des programmes périnatals du Canada
Edmonton (Alberta)
CD, GESFI

Louise Hanvey, BN, MHA
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)
CD, GEEM

Susan J. Harris, MD, FCFP
Collège des médecins de famille du Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)
CD

Caroline Heick, BA, MBA
Institut canadien d'information sur la santé
Toronto (Ontario)
CD

Bob Imrie, BA, BEd
Inuit Tapiriit Kanatami
Ottawa (Ontario)
CD

Catherine Kimak, inf., BScN
Association canadienne de santé publique
Edmonton (Alberta)
CD, GESFI

Sarah Knox, MA
Association canadienne des sages-femmes
Toronto (Ontario)
CD, GESFI, GEEM

Lily Lee, BN, MPH, MSN
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie du Canada
Infirmière-conseil en périnatalité
Vancouver (Colombie-Britannique)
CD, GESFI, GEEM, GESM

Shoo K. Lee, PhD, MBBS, FRCPC
Société canadienne de pédiatrie
Edmonton (Alberta)
CD, GESFI

Juliana Wu, BA (Écon. et math.)
Institut canadien d'information sur la santé
Toronto (Ontario)
CD, GESFI, GESM

David Young, MD, MSc, FRCSC
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Halifax (Nouvelle-Écosse)
CD, GESFI, GEEM, GESM

Experts à titre personnel

Thomas F. Baskett, MB, FRCS
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)
GESM

Beverley Chalmers, DSc (Med.), PhD
Consultante internationale en périnatalité
Professeure
Département de santé communautaire et d'épidémiologie
Université Queen's
Kingston (Ontario)
CD, GESFI, GEEM (coprésidente), GESM

John Fahey, MA (Math.) HTH
Programme de soins génésiques de la Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)
GESFI, GESM

William Fraser, MD, FRCSC
Département d'obstétrique-gynécologie
Université de Montréal
Hôpital Sainte-Justine
Montréal (Québec)
GESM

Michael Graven, MD, MS, MPH, FAAP
Division de néonatologie
Centre de santé IWK
Halifax (Nouvelle-Écosse)
CD, GESFI, GESM

Maureen Heaman, inf., MN, PhD
Faculté des sciences infirmières
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)
GEEM, GESM

K.S. Joseph, MD, PhD
Unité de recherche en épidémiologie périnatale
Départements d'obstétrique et de gynécologie et de pédiatrie
Université Dalhousie et le Centre de santé IWK
Halifax (Nouvelle-Écosse)
CD, GESFI, GESM

Janusz Kaczorowski, PhD
Département de médecine familiale
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)
GEEM

Robert Kinch, MD
Département d'obstétrique et de gynécologie
Centre universitaire de santé McGill
Westmount (Québec)
GESM

Michael Kramer, MD
Hôpital de Montréal pour enfants
Montréal (Québec)
CD, GESFI, GESM

Cheryl Levitt, MBBCh, CCMF, FCMF
Département de médecine familiale
Université McMaster
Hamilton (Ontario)
GEEM

Robert Liston, MB, ChB, FRCSC, FRCOG
Département d'obstétrique
Centre de la santé des enfants et des femmes de la C.-B.
Vancouver (Colombie-Britannique)
CD, GESFI, GESM (coprésident)

Judith Lumley, MB, PhD
Recherche en santé maternelle et infantile
Melbourne, Australie
CD, GESFI, GEEM

Brian McCarthy, MD
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgie
CD, GESFI

Dawn Nicolson, BSc Hons, MSc, CPD
Bases de données administratives cliniques
Institut canadien d'information sur la santé
Toronto (Ontario)
GESFI, GESM

Patricia O'Campo, PhD
Sciences de la santé publique
Université de Toronto
Chaire dotée Alma et Baxter Ricard en santé au cœur du centre-ville
Unité de recherche en santé au cœur du centre-ville Hôpital St. Michael's
Toronto (Ontario)
CD, GESFI, GEEM

Arne Ohlsson, MD, MSc, FRCPC
Départements de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie, et de gestion et d'évaluation des politiques de la santé
Université de Toronto
Réseau-centre canadien Cochrane
Université McMaster
Hamilton (Ontario)
CD, GESFI

Robert Platt, PhD
Départements de pédiatrie et d'épidémiologie et de biostatistique
Faculté de médecine
Université McGill—Institut de recherche de l'Hôpital de Montréal pour enfants
Montréal (Québec)
GESFI

Catherine Royle, inf., MN
Département des services de santé et des services communautaires
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
CD, GESFI, GEEM

Janet Smylie, MD, CCMF, MPH
Centre de recherche sur la santé au cœur du centre-ville (CRICH)
Toronto (Ontario)
CD, GESFI, GEEM

Représentants du gouvernement fédéral

Marie P. Beaudet, PhD
Recherche sur l'hygiène du travail et de l'environnement
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
CD, GESFI, GESM

Leslie Geran, BA (Écon.) et MA (Admin. publique)
Données sur l'état civil et le cancer
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
GESFI

Mary E. Johnston, BHSc., BEd
Division de l'enfance et de l'adolescence
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GEEM, GESFI

Susan Taylor-Clapp, inf., MSc
Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI, GEEM, GESM

Russell Wilkins, BA, BEd, MUrb
Groupe d'analyse et de mesure de la santé
Statistique Canada
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)
GESFI

CD—Comité directeur
GEEM—Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité
GESFI—Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile
GESM—Groupe d'étude sur la santé maternelle

Message de l’administrateur en chef de la santé publique

L’Agence de la santé publique du Canada a été créée pour promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l’innovation et aux interventions en matière de santé publique, au pays et à l’étranger. En tant qu’administrateur en chef de la santé publique, j’ai le devoir de défendre cette mission dan le cadre des mesures fédérales de reddition de comptes sur la surveillance et la santé afin de transmettre de l’information essentielle sur l’état de santé des Canadiens et sur notre système de santé publique. À cet égard, c’est avec plaisir que je vous présente l’édition 2008 du *Rapport sur la santé périnatale au Canada*.

Grâce à ses 29 indicateurs, le Rapport offre des données précieuses sur un certain nombre de déterminants de la santé périnatale et de résultats pour la santé périnatale. Ces données, qui ont une incidence sur les programmes de santé à tous les échelons, servent à prendre des décisions éclairées basées sur des faits, guident les professionnels de la santé des domaines de la pratique clinique et de la recherche et permettent les Canadiens d’examiner notre santé par rapport à d’autres pays.

Le rapport est l’une des initiatives pancanadiennes issues d’une collaboration active entre l’Agence de la santé publique du Canada et le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) dans les domaines de la surveillance et de la recherche scientifique sur la santé de la mère et du nourrisson. J’aimerais profiter de l’occasion pour souligner les efforts déployés par le SCSP pour favoriser la santé, le bien-être et la réduction des inégalités chez les femmes enceintes, les mères et les nourrissons au Canada. De plus, le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition 2008* constitue un outil important qui appuie la vision de l’Agence, soit des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.

David Butler-Jones

D[r] David Butler-Jones
Administrateur en chef de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada

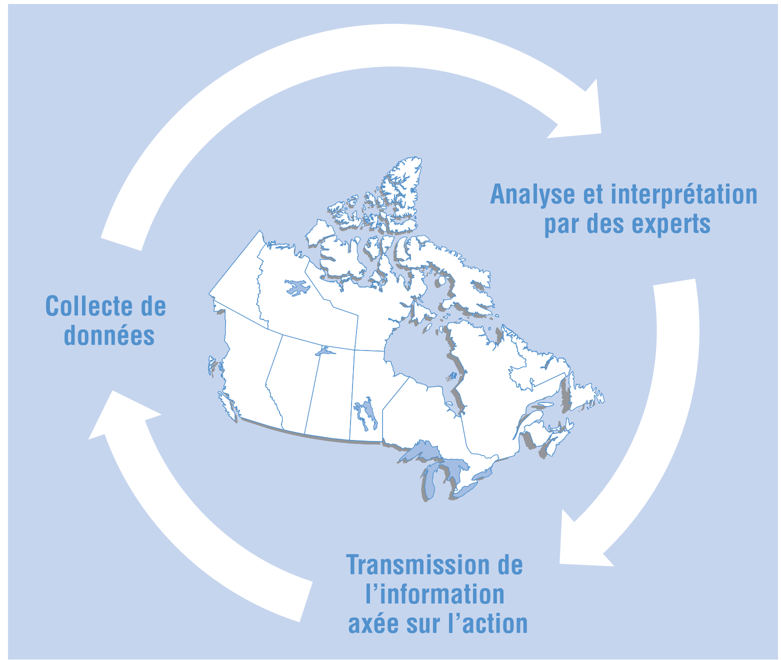
Introduction

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008,* est le cinquième rapport national de surveillance que publie le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) et s'inscrit dans le contexte d'une importante activité de diffusion de l'information menée par la Section de la santé maternelle et infantile, Agence de la santé publique du Canada. En 1995, la Section et le Comité directeur du SCSP ont établi le cadre conceptuel du SCSP, défini les indicateurs pertinents de la santé périnatale et leurs sources de données, et commencé à analyser et interpréter les données. Le SCSP a produit depuis de nombreuses publications, y compris quatre rapports nationaux de surveillance et plus de 50 communications critiquées par des pairs*. Ces publications et d'autres activités du SCSP ont attiré des critiques favorables d'évaluateurs externes[1]. Ce cinquième rapport du SCSP constitue la troisième édition du *Rapport sur la santé périnatale au Canada.* On y présente des tendances temporelles et des différences observées aux échelons national et provincial/territorial dans le cas de 29 indicateurs de la santé périnatale.

Cadre conceptuel du SCSP

Pour le SCSP, un système de surveillance de la santé est un réseau de personnes et d'activités qui veillent au maintien du processus de surveillance[2]. La surveillance en soi est un processus continu et systématique de collecte de données, d'analyse et d'interprétation d'information devant permettre de suivre les problèmes de santé[2] afin de contribuer à améliorer leurs répercussions sur la santé. La figure A décrit le cycle de surveillance[3].

FIGURE A Surveillance nationale de la santé



Source : Adapté des Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

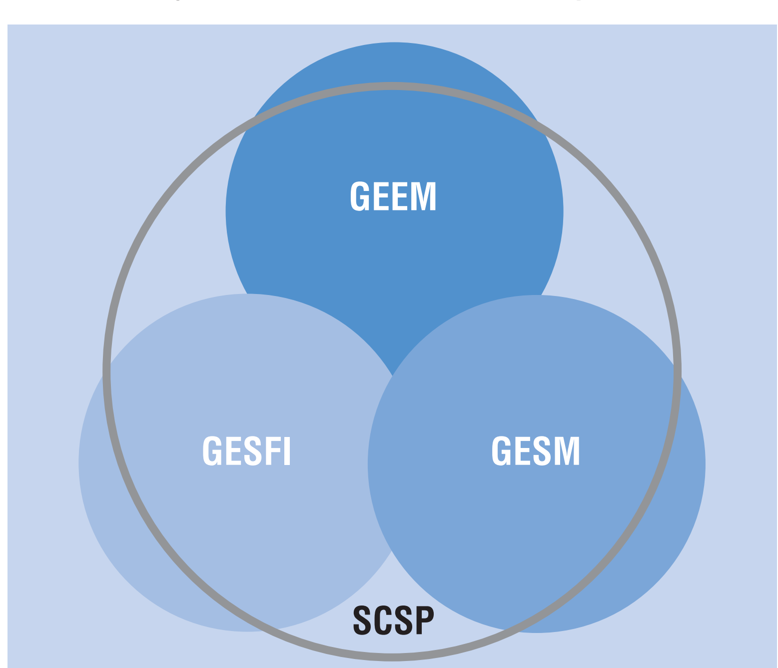
* L'*annexe I* contient une liste complète des publications du SCSP.

Le concept de la surveillance de la santé exposé ici repose sur le principe des déterminants de la santé, soit l'ensemble des facteurs qui influent sur l'état de santé, dont les soins de santé[4]. C'est pourquoi il importe de surveiller non seulement les répercussions sur la santé, mais aussi des facteurs—comme les comportements, les environnements physique et social et les services de santé—qui peuvent avoir une incidence sur ces répercussions. Les éléments d'information recueillis sur les tendances et les profils de divers facteurs de risque et de protection peuvent aider à expliquer les tendances de la morbidité et de la mortalité, à concevoir des interventions efficaces et à affecter comme il se doit les ressources consacrées à la santé. La surveillance de la santé constitue donc une compétence fondamentale et un objectif stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada, car « la mise en place de mécanismes efficaces et opportuns de surveillance est essentielle à la capacité des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'observer l'évolution des maladies avec précision, de s'y préparer et d'y réagir[5] ».

Structure du SCSP

Le SCSP a pour mandat de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons au Canada en surveillant de manière continue les déterminants de la santé périnatale et leurs effets et en rendant compte de la situation. Il collabore avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les provinces et les territoires, des associations de professionnels de la santé, des groupes d'intérêt et des chercheurs universitaires. Des représentants de ces groupes et plusieurs experts du monde entier siègent au Comité directeur du SCSP et font partie de ses groupes d'étude : le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile (GESFI), le Groupe d'étude sur la santé maternelle (GESM) et le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (GEEM). Cette structure intersectorielle et intergouvernementale mobilise efficacement les intervenants comme partenaires à part entière dans l'orientation et la réalisation de la surveillance nationale de la santé périnatale et elle est reconnue comme une force innovatrice et importante du SCSP[1]. Les principes et les objectifs du SCSP sont décrits plus en détail ailleurs[6,7].

FIGURE B **Structure du Système canadien de surveillance périnatale**



Groupes d'étude du Système canadien de surveillance périnatale

Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile

Le GESFI a pour mandat de surveiller la mortalité et la morbidité fœtales et infantiles. Les activités courantes du groupe d'étude comprennent le Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales chargé d'appuyer la mise sur pied et la maintenance d'un système de surveillance des anomalies congénitales dans la population en général, ainsi qu'un Groupe de travail sur les données relatives à la mortalité infantile chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, chargé de définir et d'appuyer des stratégies d'amélioration de la qualité des données sur la mortalité infantile dans ces populations. En collaboration avec Statistique Canada, les membres du GESFI étudient aussi l'établissement de couplage entre les enregistrements des naissances et des décès infantiles déjà combinés et les enregistrements des naissances et des accouchements à l'hôpital axés sur les personnes afin de créer une base de données nationale plus complète sur les événements périnataux. Les activités de surveillance du GESFI tablent principalement sur les sources de données existantes.

Groupe d'étude sur la santé maternelle

Le GESM est chargé de surveiller les principaux comportements, services de santé et répercussions sur la santé maternelle. Les projets en cours du groupe d'étude comprennent la surveillance des accouchements par césarienne et la planification du deuxième rapport sur la mortalité et la morbidité sévère chez la mère au Canada, qui doit paraître en 2009. Les membres du GESM participent aussi au volet canadien d'une enquête menée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la méthode d'accouchement et les répercussions maternelles et périnatales. Ses activités de surveillance tablent principalement sur les sources de données existantes.

Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité

Le GEEM a pour mandat d'orienter l'élaboration, la réalisation, l'analyse par des experts et le rapport d'une enquête nationale sur les expériences de la maternité. Cette première enquête d'une telle nature au Canada vise surtout à fournir de l'information qui permettra l'examen en profondeur des connaissances, des expériences et les habitudes des femmes canadiennes pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois qui suivent, ainsi que leurs perceptions des soins périnatals comme élément qui fait partie intégrante de la surveillance de la santé périnatale. La collecte de données pour l'enquête nationale s'est terminée en janvier 2007 et le taux de réponse a atteint 78 %. Les activités d'analyse et de révision des données sont en cours et il sera fait rapport des résultats dans le sixième rapport national du SCSP qui doit paraître en 2008.

Indicateurs du SCSP

Un indicateur de la santé est une mesure qui, comparée à une norme ou à un niveau de réalisation escompté, donne de l'information au sujet d'un important déterminant de la santé ou de ses répercussions sur la santé[7]. Afin de déterminer les indicateurs de la santé périnatale qu'un système national de surveillance périnatale devrait suivre, le SCSP s'est penché sur l'importance du déterminant ou de ses répercussions sur la santé, sur les caractéristiques scientifiques de l'indicateur, comme sa validité dans la mesure du déterminant en cause ou de ses répercussions sur la santé, et sur la faisabilité de recueillir les données nécessaires pour le construire. L'*annexe C* présente la liste des 54 indicateurs issus de cet exercice.

Aperçu du rapport

Ce rapport présente de l'information sur 29 indicateurs de la santé périnatale sur lesquels nous avons actuellement des données nationales. Deux de ces indicateurs, soit le taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle et le taux d'exposition de la mère à la fumée de tabac secondaire, sont nouveaux dans le rapport. On a aussi amélioré l'indicateur des taux d'allaitement maternel afin d'inclure les taux d'allaitement maternel exclusif. Les indicateurs sont groupés en déterminants de la santé (comportements et habitudes, et services de santé) et répercussions sur la santé (maternelle, fœtale et infantile). Comme dans les éditions précédentes du *Rapport sur la santé périnatale* du SCSP, pour chaque indicateur, on décrit les résultats de la surveillance, discute des limites des données et présente une liste de références clés. Les données statistiques relatives à chaque indicateur comprennent principalement les tendances temporelles à l'échelle nationale et les comparaisons entre les provinces et les territoires applicables à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.

Les statistiques de l'état civil, les données sur les hospitalisations et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sont les principales sources de données qui ont servi à produire ce *Rapport sur la santé périnatale.* Nous avons utilisé aussi les estimations démographiques et les statistiques relatives aux avortements provoqués provenant de Statistique Canada. Comparativement aux sources de données et aux méthodes utilisées pour produire les rapports précédents, il y a trois différences dignes de mention. Tout d'abord, à l'exception de deux indicateurs sur les réhospitalisations, on a calculé tous les indicateurs utilisant les données sur l'hospitalisation à partir de la base de données de l'ICIS sur la morbidité hospitalière plutôt que de la base de données sur les congés des patients. Deuxièmement, les indicateurs utilisant les données sur l'hospitalisation sont présentés selon la province ou le territoire de résidence plutôt que la province ou le territoire d'hospitalisation. Troisièmement, les indicateurs qui reposaient auparavant sur l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes s'appuient maintenant sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Comme ces sources de données ont une capacité limitée à identifier les populations à risque, la mesure exacte et le signalement des disparités au niveau de la santé périnatale au Canada posent toujours un défi et l'absence de cette information constitue une limite des rapports du SCSP. Comme dans les publications précédentes du SCSP, on a exclu les statistiques de l'état civil de l'Ontario de la plupart des indicateurs basés sur les statistiques de l'état civil en raison du souci à l'égard de la qualité des données préoccupe. L'Ontario a commencé à prendre des mesures pour s'attaquer à ce problème important et nous espérons pouvoir inclure ses données dans les statistiques nationales présentées dans des rapports à venir. *L'annexe H* présente séparément les statistiques de l'état civil de l'Ontario.

On trouvera dans la section du rapport intitulée *Sources de données et méthodes* une description détaillée de chaque source de données, ainsi que des méthodes utilisées pour calculer chaque indicateur selon la source de données. Cette section présente aussi en détail les codes de la CIM-9 et de la CIM-10 utilisés pour chacun des indicateurs.

Résumé

La surveillance de la santé périnatale joue un rôle important et fondamental en produisant les éléments d'information nécessaires pour améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons au Canada. Elle repose sur un système dynamique et intégré de collecte, de couplage, de validation, d'analyse et d'interprétation de données sur des enjeux vitaux de la santé périnatale. Elle permet ainsi de capter des « signaux d'alarme », de suivre des tendances temporelles et des disparités géographiques, et de mesurer l'effet des changements apportés à la pratique clinique et aux politiques de santé publique. La surveillance de la santé périnatale constitue à la fois un outil de mesure (qui nous permet de savoir où nous en étions auparavant et où nous en sommes aujourd'hui) et un stimulant (qui nous indique où nous devrions être dans le futur).

Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Professeur de pédiatrie et de sciences de la santé communautaire
Université de Calgary
Scientifique visiteur à l'Agence de la santé publique du Canada
Président, Comité directeur du SCSP

Susie Dzakpasu, MHSc
Épidémiologiste principale, Section de la santé maternelle et infantile
Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie
Agence de la santé publique du Canada

Références

1. Attenborough R, Kirby R, Paneth N. *Rapport d'évaluation externe du SCSP* [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2005 [cité le 7 décembre 2007]. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index_f.html

2. Buehler JW. Surveillance. Dans : Rothman KJ, Greenland S (Éditeurs), *Modern Epidemiology,* 2e édition. Philadelphie : Lippincott-Raven, 1998. p. 435–57.

3. McCarthy B. The risk approach revisited: a critical review of developing country experience and its use in health planning. Dans : Liljestrand J, Povey WG (dir.), *Maternal Health Care in an International Perspective. Proceedings of the XXII Berzelius Symposium*, 27–29 mai 1991, Stockholm, Suède. Uppsala, Suède : Université d'Uppsala, 1992. p. 107–24.

4. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens.* Ottawa : ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

5. Agence de la santé publique du Canada. *Plan stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada : 2007–2012, Information, Savoir, Action* [Internet]. Ottawa : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé du Canada; 2007 [cité le 7 décembre 2007]. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/sp-ps/index-fra.html

6. Santé Canada. *Rapport d'étape/Système canadien de surveillance périnatale.* Ottawa : ministre des Approvisionnements et Services Canada; 1995.

7. Santé Canada. *Système canadien de surveillance périnatale : rapport d'étape 1997–1998*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 1998.

Un aperçu de la santé périnatale au Canada

En 1995, Statistique Canada signalait que le taux de mortalité infantile du Canada avait augmenté en 1993 après une longue série de baisses annuelles successives pendant plus de trois décennies[1]. L'augmentation du taux de mortalité infantile, qui est passé de 6,1 pour 1 000 naissances vivantes en 1992 à 6,3 en 1993, a provoqué la publication de manchettes sensationnelles. *The Globe and Mail*[2] a couvert la question en détail :

> *« La montée des décès chez les nouveau-nés ahurit les scientifiques. »*
> *« Le taux de mortalité élevé inattendu peut être un signal, préviennent les démographes. »*
> *« Pourrait-il s'agir du premier signe qui indique que l'environnement devient de plus en plus toxique? »*

Cette crise a été l'un des premiers défis d'envergure qu'a abordés le nouveau Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Le SCSP a expliqué la montée inattendue de la mortalité infantile en affirmant qu'il s'agissait d'une conséquence de la modification des méthodes d'enregistrement des naissances, en particulier de celles qui sont à la limite de la viabilité[3]. On a jugé que la montée de la mortalité infantile au Canada était attribuable à une tendance séculaire de l'enregistrement des naissances vivantes dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g. Cette explication terre à terre d'une histoire porteuse d'un énorme potentiel de rhétorique politique a attiré peu d'attention dans les médias, ce qui n'est pas étonnant.

Presque une décennie plus tard, les taux de mortalité infantile au Canada ont augmenté de nouveau. Le taux de mortalité infantile est passé de 5,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2001 à 5,4 en 2002[4,5]. La réaction des médias face à cette augmentation a été heureusement discrète à l'échelon national même si ce fut le cas en Alberta, où le taux de mortalité infantile de la province est passé de 5,6 pour 1 000 naissances vivantes en 2001 à 7,3 en 2002. Les groupes politiques et médiatiques de la province se sont servis du communiqué de Statistique Canada[6] pour faire de l'augmentation du taux de mortalité un problème de soins de santé. Ce n'était pas étonnant, étant donné qu'une campagne électorale battait alors son plein en Alberta. La classe médicale n'était pas sans reproche non plus, car le *Journal de l'Association médicale canadienne* a publié un article où l'on attribuait le taux élevé de mortalité infantile de l'Alberta à des bébés provenant de provinces voisines, aux naissances multiples et à « une importante population des Premières nations où les taux d'alcoolisme et de tabagisme sont plus élevés[7] ». Dans ce qui est devenu une plainte prévisible, le SCSP a prêché la prudence dans l'interprétation d'un indicateur de plus en plus complexe, compte tenu des variations régionales et temporelles au niveau de l'inscription des naissances[8]. Sur un plan connexe, les spécialistes canadiens de la périnatalogie mis en cause dans ces controverses ont tiré un certain réconfort du fait que la mortalité infantile connaissait en même temps des soubresauts semblables aux États-Unis. Le taux de mortalité infantile aux États-Unis est passé de 6,8 pour 1 000 naissances vivantes en 2001 à 7,0 en 2002, ce qui constituait apparemment la première augmentation en plus de quatre décennies[9–11]. Il faut étudier attentivement et froidement les phénomènes périnataux qui sous-tendent de telles augmentations de la mortalité infantile, car ils deviendront probablement une caractéristique régulière des statistiques sur la mortalité infantile dans les pays industrialisés.

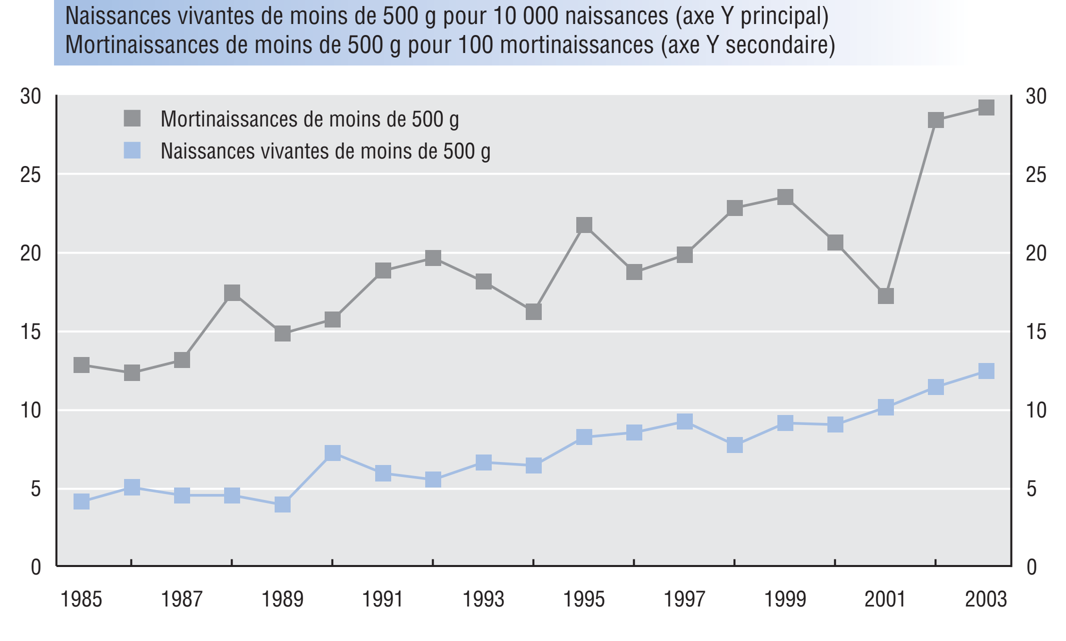
Artéfacts de l’enregistrement des naissances qui ont un effet sur les tendances de la mortalité infantile au Canada

Fréquence des naissances vivantes et des mortinaissances à la limite de la viabilité

La fréquence des naissances vivantes de moins de 500 g a augmenté au cours des dernières années[3]. La figure 1.A montre la fréquence des naissances vivantes de moins de 500 g en pourcentage du total des naissances vivantes au Canada (exception faite de l’Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador). Cette proportion est passée de 4,1 pour 10 000 naissances vivantes en 1985 à 12,4 en 2003. La hausse du taux des naissances vivantes de moins de 500 g a un effet important sur les tendances temporelles des taux de mortalité infantile, car les taux de mortalité chez ces nouveau-nés sont très élevés (944 pour 1 000 naissances vivantes au Canada en 2000–2003). La montée de l’enregistrement des naissances à la limite de la viabilité n’était pas attribuable à une détérioration de la santé du fœtus, du nouveau-né ou de la mère parce que la fréquence d’autres catégories de faible poids à la naissance n’a pas changé considérablement au cours de la même période. Ainsi, les taux de faible poids à la naissance (<2 500 g) au Canada (exception faite de l’Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador) se sont donc établis à 5,6 % en 1985 et 5,7 % en 2003.

D’importants changements sont survenus aussi au niveau des mortinaissances de moins de 500 g depuis le milieu des années 1980[12]. En 1985, 12,8 % de toutes les mortinaissances avaient un poids à la naissance de moins de 500 g et ce pourcentage est passé à 29,2 % en 2003 (figure 1.A). Là encore, cette augmentation relative de l’enregistrement des mortinaissances de moins de 500 g n’avait aucun lien avec une détérioration de la santé du fœtus ou de la mère parce qu’on n’a pas enregistré d’augmentation semblable dans les autres catégories de faible poids à la naissance. Le pourcentage des mortinaissances dont le poids à la naissance s’établissait entre 500 et 2 499 g a atteint 56,5 % en 1985 et 48,6 % en 2003.

FIGURE 1.A Taux de naissances vivantes de moins de 500 g et de mortinaissances de moins de 500 g
Canada (à l’exclusion de l’Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador), 1985–2003*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l’état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1985–2003.
* Les données de l’Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu’elles n’étaient pas disponibles à l’échelon national avant 1991.

Raisons de l'augmentation du nombre des naissances vivantes et des mortinaissances à la limite de la viabilité

Les règles relatives à l'enregistrement des naissances vivantes et des mortinaissances au Canada n'ont pas changé considérablement au cours des dernières années. La définition de naissance vivante utilisée pour les fins de l'enregistrement des naissances vivantes est la définition normalisée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui inclut tous les produits de la conception montrant des signes de vie après la naissance[13]. Cette définition de naissance vivante n'inclut pas les critères que sont le poids à la naissance et l'âge gestationnel. Pendant cette période, la définition de mortinaissance au Canada incluait tous les décès de fœtus qui avaient un poids à la naissance de 500 g ou plus ou un âge gestationnel de 20 semaines ou plus (ou une variation de ces critères). Même si ces définitions ont peu changé au cours des dernières décennies, l'enregistrement des naissances vivantes et des mortinaissances à la limite de la viabilité a augmenté en partie parce qu'on reconnaît davantage les exigences relatives à l'enregistrement. Ces augmentations de l'enregistrement des naissances ont été propulsées aussi par d'autres facteurs comme l'amélioration de la survie des nouveau-nés de poids extrêmement faible à la naissance et les changements sociaux des attitudes à l'égard du phénomène de deuil qu'entraîne la perte de tels bébés.

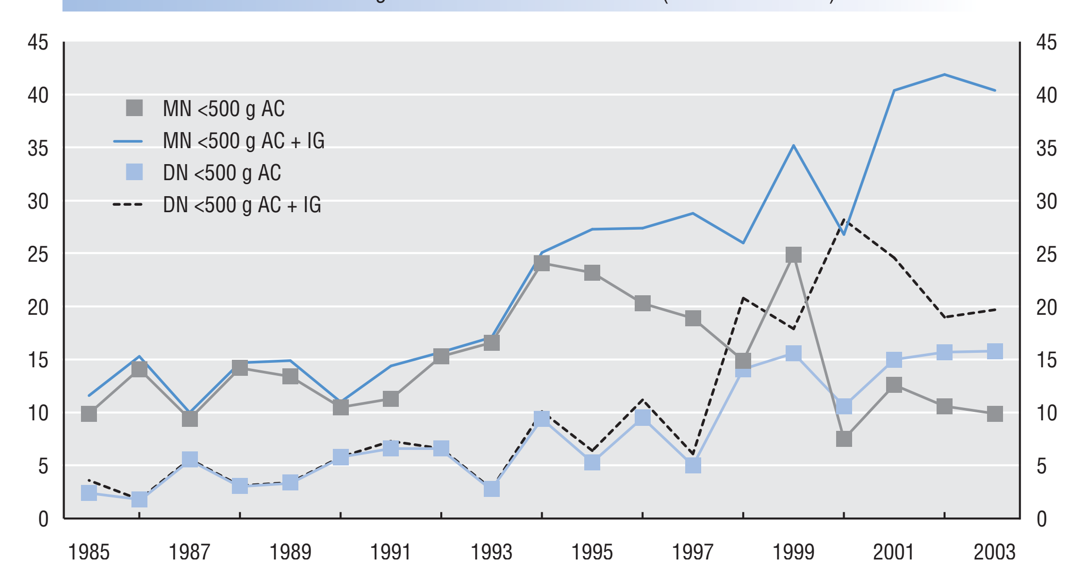
Contribution du diagnostic prénatal et de l'arrêt de la grossesse aux tendances de la mortalité infantile

L'introduction et l'utilisation répandue du diagnostic prénatal et de l'interruption de grossesse en raison d'anomalies congénitales graves[14–17] a constitué un changement technologique majeur qui a eu de profondes répercussions sur la fréquence des mortinaissances et des naissances vivantes de moins de 500 g, ainsi que sur les tendances de la mortalité fœtale et infantile dans l'ensemble. Les mortinaissances de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse ont constitué 11,6 % du total des mortinaissances en 1985 (figure 1.B). Ce pourcentage est passé à 40,4 % en 2003. Le pourcentage des décès néonataux de moins 500 g attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse est passé de 3,6 % en 1985 à 19,7 % en 2003 (figure 1.B). Il convient de signaler le changement du codage de la cause de décès découlant (vraisemblablement) de l'interruption de grossesse à la suite d'un diagnostic prénatal—depuis le milieu des années 1990, on attribue de plus en plus ces décès à l'interruption de grossesse plutôt qu'à une anomalie congénitale.

FIGURE 1.B Taux de mortinatalité de moins de 500 g et de décès néonataux (DN) de moins de 500 g, selon la cause et le poids à la naissance

Canada (à l'exclusion de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador), 1985–2003*

Mortinaissances (MN) de moins de 500 g attribuables à AC ou AC + IG (axe Y principal)
Décès néonataux moins de 500 g attribuables à AC ou AC+ IG (axe Y secondaire)



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1985–2003.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

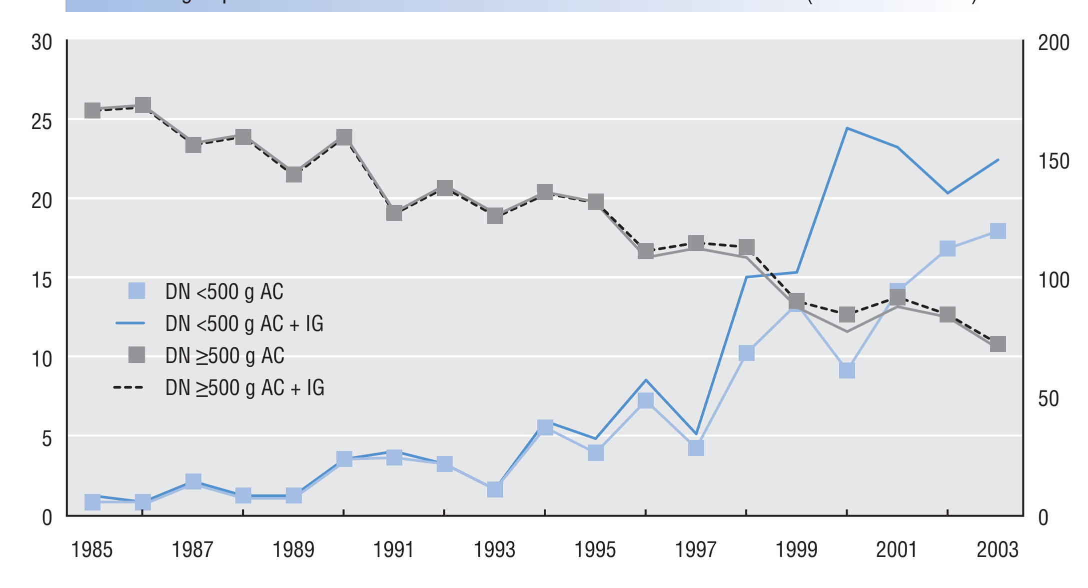
MN <500 g AC—mortinaissances de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales en pourcentage des mortinaissances de moins de 500 g
DN <500 g AC—décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales en pourcentage des décès néonataux de moins de 500 g
DN <500 g AC + IG—décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse, en pourcentage des décès néonataux de moins de 500 g
MN <500 g AC + IG—mortinaissances de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse en pourcentage des mortinaissances de moins de 500 g

La figure 1.C présente le taux de décès néonataux attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes. Les décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse chez les nouveau-nés sont passés de 1,3 pour 100 000 naissances vivantes en 1985 à 22,5 en 2003. Pendant la même période, la proportion des décès néonataux de 500 g ou plus attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse a chuté de 170,7 pour 100 000 naissances vivantes à 72,6 en 2003.

Ces tendances reflètent l'évolution du diagnostic prénatal et de l'interruption de grossesse depuis 15 ans. Il se produit à l'occasion des naissances vivantes à la suite d'un diagnostic prénatal et d'une interruption de grossesse[18] et l'augmentation du nombre des décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales reflète simplement l'occurrence de cet événement peu commun comme toile de fond d'augmentations séculaires du diagnostic prénatal (figure 1.C). Les effets bénéfiques de la technologie sont évidents dans le recul du taux de morts fœtales tardives attribuables à des anomalies congénitales et de morts infantiles attribuables à des anomalies congénitales parmi les naissances vivantes de 500 g ou plus de poids à la naissance[15–17]. La fortification des aliments en acide folique au Canada[19] depuis 1998 et les améliorations du traitement chirurgical des malformations congénitales sont d'autres facteurs qui ont contribué au recul de ces morts fœtales tardives et infantiles.

FIGURE 1.C Taux de décès néonataux (DN), selon la cause et le poids à la naissance*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador)**, 1985–2003*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1985–2003.

* Tous les taux selon le poids à la naissance excluent les cas dont le poids à la naissance manque.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

DN <500 g AC—Décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales pour 100 000 naissances vivantes

DN ≥500 g AC—Décès néonataux de 500 g ou plus attribuables à des anomalies congénitales pour 100 000 naissances vivantes

DN <500 g AC + IG—Décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse pour 100 000 naissances vivantes

DN ≥500 g AC + IG—Décès néonataux de 500 g et plus attribuables à des anomalies congénitales ou à une interruption de grossesse pour 100 000 naissances vivantes

Comparaisons internationales des taux de mortalité infantile

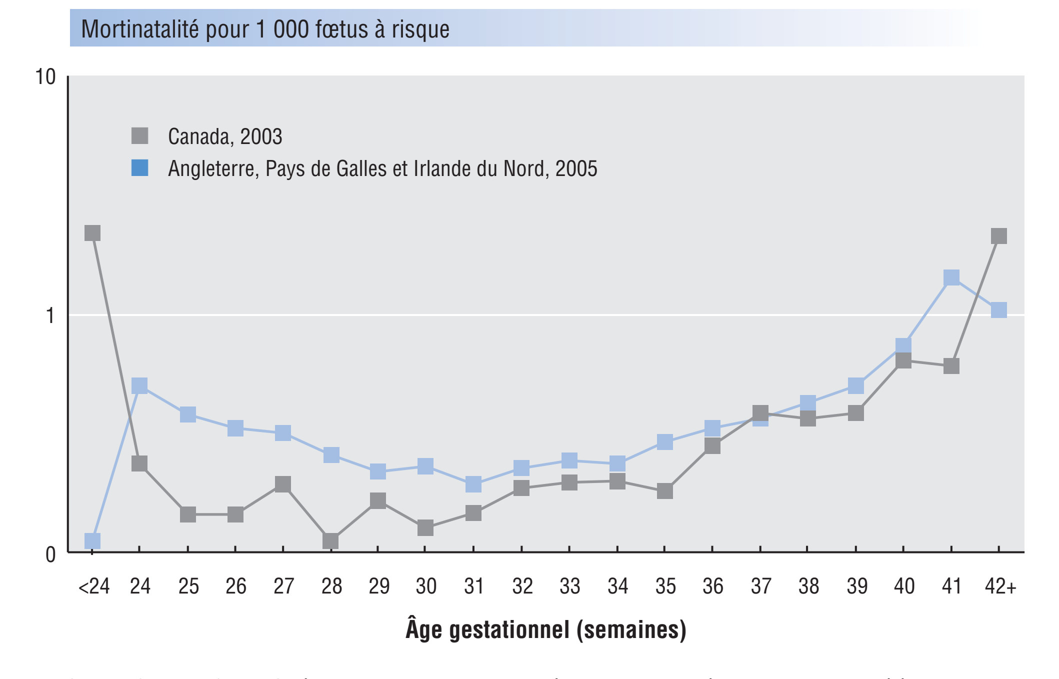
Le manque de normalisation de l'enregistrement des naissances vivantes et des mortinaissances mine les comparaisons internationales des taux de mortalité fœtale et infantile[20–23]. Certains pays ont des systèmes d'enregistrement des naissances qui sont pratiques plutôt que fondés sur des définitions; ils tendent donc à n'enregistrer les naissances vivantes que si elles ont une chance raisonnable de survie. Il en découle de plus faibles taux de mortalité comparativement aux pays qui suivent de près les définitions de naissance vivante et de mort fœtale comme celles de l'OMS. Divers exemples mettent en évidence l'erreur inhérente aux comparaisons internationales des taux de mortalité infantile :

- En 1994, le taux de mortalité périnatale en Allemagne a augmenté de 20 %, passant de 5,5 pour 1 000 naissances totales à 6,6[24] à la suite d'un changement des critères d'enregistrement des décès fœtaux, car l'exigence relative au poids à la naissance est passée de 1 000 g et plus à 500 g et plus.
- La Suède et le Danemark n'enregistrent pas les morts fœtales survenant avant 28 semaines de gestation, l'Italie, pas avant 180 jours, le Royaume-Uni, pas avant 24 semaines et la France a modifié sa définition pour passer de 28 à 22 semaines en 2000[25].
- Des pays d'Europe excluent de leur registre des naissances toutes les naissances vivantes de moins de 500 g. Le critère que constitue l'âge gestationnel pour l'enregistrement des naissances vivantes en Suède exige que la naissance survienne après 27 semaines de gestation, tandis qu'en Finlande, l'enregistrement est limité aux naissances vivantes dont l'âge gestationnel atteint 22 semaines et le poids, 500 g[25].

Mortinaissances et décès néonataux au Canada, en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord

Une comparaison des indices de mortalité périnatale en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord tirée d'une récente publication de l'enquête confidentielle sur la santé de la mère et de l'enfant[26] (CEMACH) à ceux du Canada illustre certaines des différences susmentionnées au niveau de l'enregistrement des naissances et l'effet de ces différences sur les comparaisons internationales. Le taux de mortinatalité s'établissait à 5,5 (IC à 95 % : 5,5–5,6) pour 1 000 naissances totales en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord en 2005 et à 5,8 (IC à 95 % : 5,5–6,2) pour 1 000 naissances totales au Canada (excluant l'Ontario) en 2003. Le taux de morts néonatales en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord en 2005 atteignait 3,5 (IC à 95 % : 3,4–3,7) pour 1 000 naissances vivantes, comparativement à 3,6 (IC à 95 % : 3,4–3,9) pour 1 000 naissances vivantes au Canada en 2003. Même si les taux de mortinatalité et de mortalité néonatale étaient légèrement plus élevés au Canada, ils correspondent aux classements des taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile publiés par l'UNICEF et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui placent le Canada et le Royaume-Uni très près l'un de l'autre. Dans son rapport de 2007[27] par exemple, l'UNICEF indique que les taux de mortalité néonatale et infantile dans les deux pays s'établissaient à 4 et 5 pour 1 000 naissances vivantes respectivement en 2005.

FIGURE 2.A Taux de mortinatalité, selon l'âge gestationnel*
*au Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2003, et en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, 2005[26]*



Sources : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 2003. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Perinatal mortality 2005: England, Wales and Northern Ireland.* Londres : CEMACH, 2007.

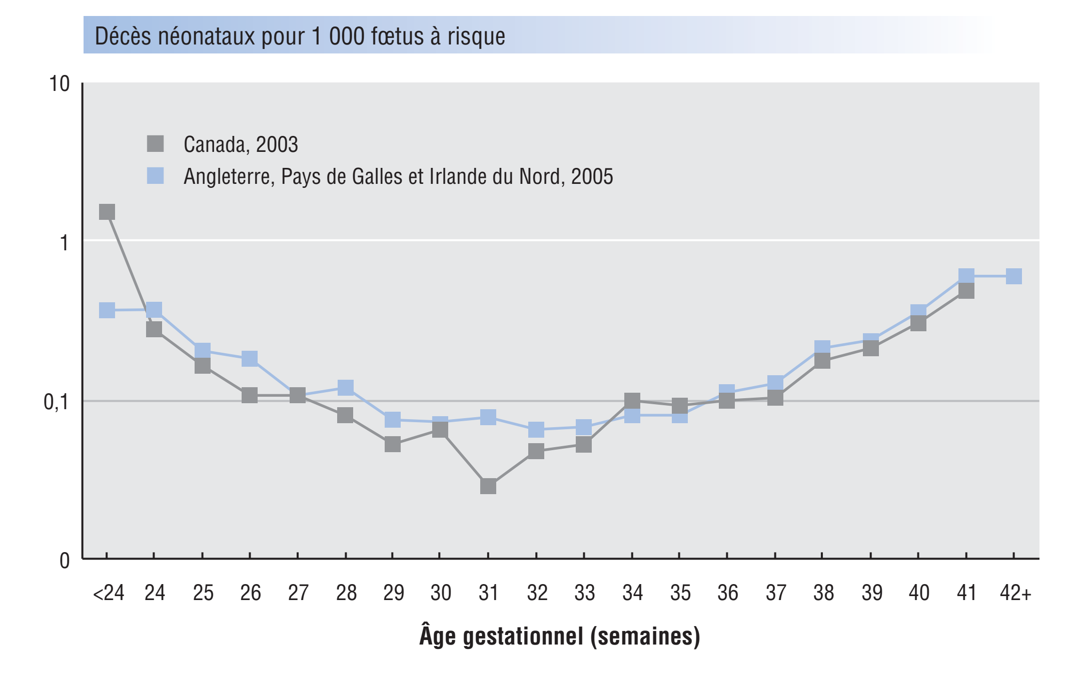
* Le numérateur du taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel était le nombre de mortinaissances à n'importe quel âge gestationnel, tandis que le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de mortinaissance au même âge gestationnel (c'est ce qu'on appelle communément la méthode des fœtus à risque[28]).

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

Les taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel, calculés en fonction de la méthode des fœtus à risque[28–30], montrent des taux moins élevés de mort fœtale au Canada, sauf aux points extrêmes de la gestation (figure 2.A). À moins de 24 semaines de gestation, il n'y avait pas de mortinaissances en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord (conformément à la pratique d'enregistrement des mortinaissances). Le faible taux de mortinatalité après terme en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord peut refléter le fait que l'on s'en remet aux dates des menstruations pour estimer l'âge gestationnel[31], ou à des pratiques différentes en ce qui a trait à l'approche clinique de la grossesse à 41 semaines et plus de gestation (la fréquence des naissances après terme, c.-à-d. après 42 semaines ou plus de gestation, s'établissait à 4,4 % en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord comparativement à 0,9 % au Canada). De même, l'incidence des décès néonataux a révélé une tendance semblable à la comparaison des mortinaissances : les taux de mortalité néonatale étaient plus faibles au Canada à presque tous les âges gestationnels (figure 2.B).

FIGURE 2.B Taux de décès néonataux, selon l'âge gestationnel*

*au Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2003, et en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, 2005*[26]



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 2003. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Perinatal mortality 2005: England, Wales and Northern Ireland.* Londres : CEMACH, 2007.

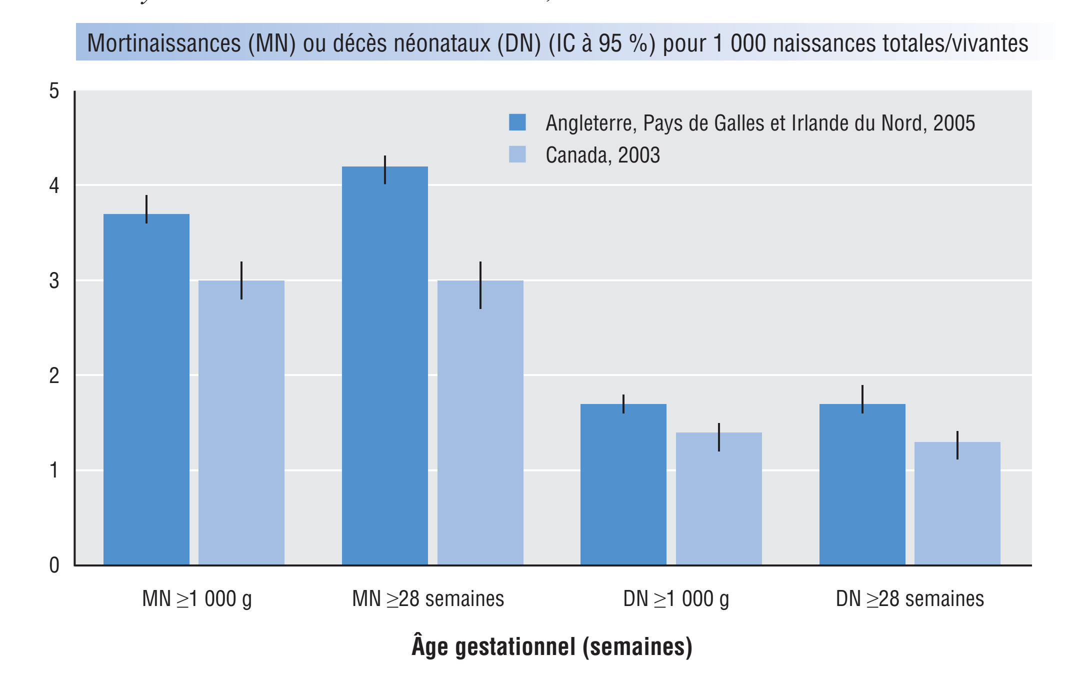
* Le numérateur du taux de mortalité néonatale selon l'âge gestationnel était le nombre de décès néonataux à n'importe quel âge gestationnel, tandis que le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de décès néonatal au même âge gestationnel (c'est ce qu'on appelle communément la méthode des fœtus à risque[28]).

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

Si l'on affiche des corrections en fonction des différences au niveau de l'enregistrement des naissances en analysant les taux de mortalité parmi les naissances dont le poids à la naissance est de 1 000 g ou plus ou dont l'âge gestationnel est de 28 semaines ou plus, il en découle des changements importants des statistiques sur la mortalité : les taux au Canada sont beaucoup plus bas qu'en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord (figure 2.C)*. Cette comparaison ne vise toutefois pas à conclure que l'état de santé périnatale au Canada est meilleur qu'en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, ni à poser des hypothèses au sujet de différences possibles au niveau de la prestation de services de soins. Ces analyses mettent plutôt en évidence le manque de validité des classements modernes des pays en fonction d'indices de la mortalité infantile et d'indices connexes à cause de différences au niveau de l'enregistrement des naissances. Des différences à celui de la mesure de l'âge gestationnel constituent un autre problème important qui pourrait expliquer une partie des différences entre les taux de mortalité mentionnés ci-dessus[31]. Nous espérons que des publications comme le rapport CEMACH[26] et le présent *Rapport sur la santé périnatale au Canada* seront les forces motrices du mouvement vers une comparaison plus rationnelle et constructive des indices de la santé à l'échelon international.

FIGURE 2.C Taux de mortinaissances et de décès néonataux, selon l'âge gestationnel*

*au Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2003, et en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, 2005*[26]



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 2003. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Perinatal mortality 2005: England, Wales and Northern Ireland.* Londres : CEMACH, 2007.

* Les taux selon le poids à la naissance excluent ceux de <1 000 g et les taux selon l'âge gestationnel excluent ceux de moins de 28 semaines. Ces comparaisons de poids à la naissance et d'âge gestationnel (recommandées par l'OMS[13]), qui éliminent le biais lié à des modes d'enregistrement des naissances variables, font état de taux de mortalité fœtale nettement plus faibles et de taux de mortalité néonatale fortement réduits au Canada.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

IC—intervalle de confiance

Mortalité infantile selon le poids à la naissance au Canada

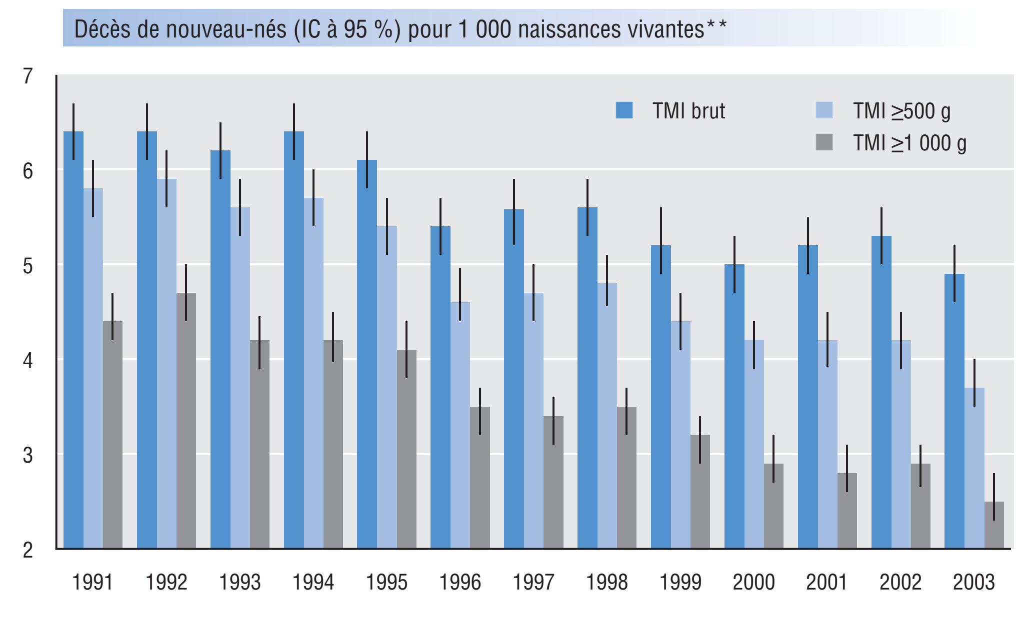
Tendances temporelles

La figure 3.A présente les taux de mortalité infantile au Canada parmi toutes les naissances vivantes, les naissances vivantes dont le poids à la naissance atteignait ou dépassait 500 g et les naissances vivantes dont le poids à la naissance atteignait ou dépassait 1 000 g. Comme le taux brut de mortalité infantile au Canada (excluant l'Ontario) a reculé de 6,4 pour 1 000 naissances vivantes en 1991 à 4,9 en 2003 (diminution de 23 %), le taux de mortalité infantile parmi les naissances vivantes de 500 g ou plus est passé de 5,8 pour 1 000 naissances vivantes à 3,7 (diminution de 36 %) et le taux de mortalité infantile parmi les naissances vivantes de 1 000 g ou plus est tombé de 4,4 à 2,5 pour 1 000 naissances vivantes de 1991 à 2003 (diminution de 44 %). Ces estimations de la mortalité infantile selon le poids à la naissance permettent d'établir une évaluation plus valide des tendances temporelles des taux de mortalité infantile au Canada puisqu'on n'y trouve pas de facteur confusionnel causé par les changements simultanés de l'enregistrement des naissances vivantes à la limite de la viabilité.

Variations entre les provinces et les territoires

La figure 3.B montre les taux de mortalité infantile bruts et normalisés selon le poids à la naissance dans les provinces et les territoires du Canada pour les trois années de 2001 à 2003 combinées. Là encore, les autres indices montrent comment les classements fondés sur des taux bruts de mortalité infantile peuvent produire des résultats qui s'écartent de ceux qu'on obtient à partir d'estimations fondées sur le poids à la naissance. Par exemple, la Saskatchewan présentait un taux brut de mortalité infantile moins élevé que l'Alberta (6,0 contre 6,3 pour 1 000 naissances vivantes). Par ailleurs, le taux de mortalité infantile pour un poids de 500 g ou plus était plus élevé en Saskatchewan qu'en Alberta (5,5 contre 4,9 pour 1 000 naissances vivantes) tout comme il l'était parmi les naissances vivantes de 1 000 g ou plus (3,7 contre 3,3 pour 1 000 naissances vivantes).

FIGURE 3.A Tendances temporelles des taux de mortalité infantile (TMI)
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991–2003*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles. 1991–2003.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
** Les taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance incluent les décès de nourrissons dont on ne connaissait pas le poids à la naissance et les décès de nourrissons non reliés.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 3.B **Taux de mortalité infantile (TMI), selon la province/le territoire**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2001–2003*

Décès de nouveau-nés (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes**

TMI brut | TMI ≥500 g | TMI ≥1 000 g

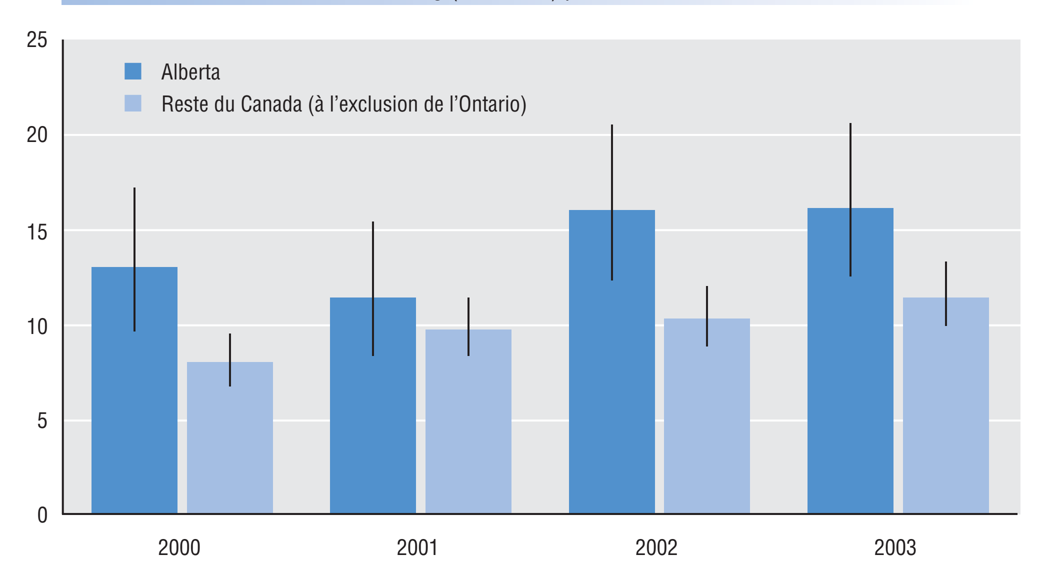
T.-N.-L. Î.-P.-É. N.-É. N.-B. Qc Man. Sask Alb. C-B Yn T.N.-O. NU **CA**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles. 1991–2003.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
** Les taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance incluent les décès de nourrissons dont on ne connaissait pas le poids à la naissance et les décès de nourrissons non reliés.
IC—intervalle de confiance

Il convient de mentionner la situation qui règne en Alberta, spécialement à cause des reportages injustifiés dont la province a fait l'objet au sujet de son taux de mortalité infantile en 2002. En 2004, le taux de mortalité infantile en Alberta s'établissait à 5,8 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui était moins élevé qu'au Manitoba, en Saskatchewan, au Yukon et au Nunavut (page 155). Il y a deux caractéristiques des résultats de la périnatalité en Alberta qu'il vaut la peine de signaler. Premièrement, le taux de naissances prématurées en Alberta était plus élevé que dans toute autre province en 2004 (les taux des trois territoires étaient plus élevés, page 134), tandis que le taux des naissances vivantes de faible poids compte tenu de l'âge gestationnel en Alberta était le plus élevé au Canada (page 140). Une deuxième caractéristique de l'Alberta qui a un effet important sur son taux de mortalité infantile, c'est la diligence avec laquelle on enregistre les naissances vivantes à la limite de la viabilité. La figure 4.A illustre la fréquence plus élevée à laquelle on enregistre les naissances vivantes de moins de 500 g en Alberta comparativement au reste du Canada. La figure 4.B montre le taux de décès néonataux attribuables à des anomalies congénitales ou à des interruptions de grossesse parmi les naissances vivantes de moins de 500 g. Le taux le plus élevé de ces naissances en Alberta est probablement le reflet d'une documentation plus exacte et complète des naissances à la limite de la viabilité, particulièrement celles qui suivent un diagnostic prénatal et une interruption de grossesse dans le cas de malformations congénitales majeures. Il est clair que les différences au niveau des méthodes d'enregistrement ne font pas que rendre non valides les comparaisons internationales de la mortalité infantile : elles minent aussi les comparaisons interprovinciales/territoriales au Canada. Les taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance présentés à la figure 3.B permettent une interprétation plus constructive tandis que des comparaisons semblables des taux de mortinatalité de 500 g ou plus présentées ailleurs dans ce *Rapport* permettent d'établir des comparaisons interprovinciales et interterritoriales normalisées de la mortalité fœtale.

FIGURE 4.A **Taux de naissances vivantes de moins de 500 g***

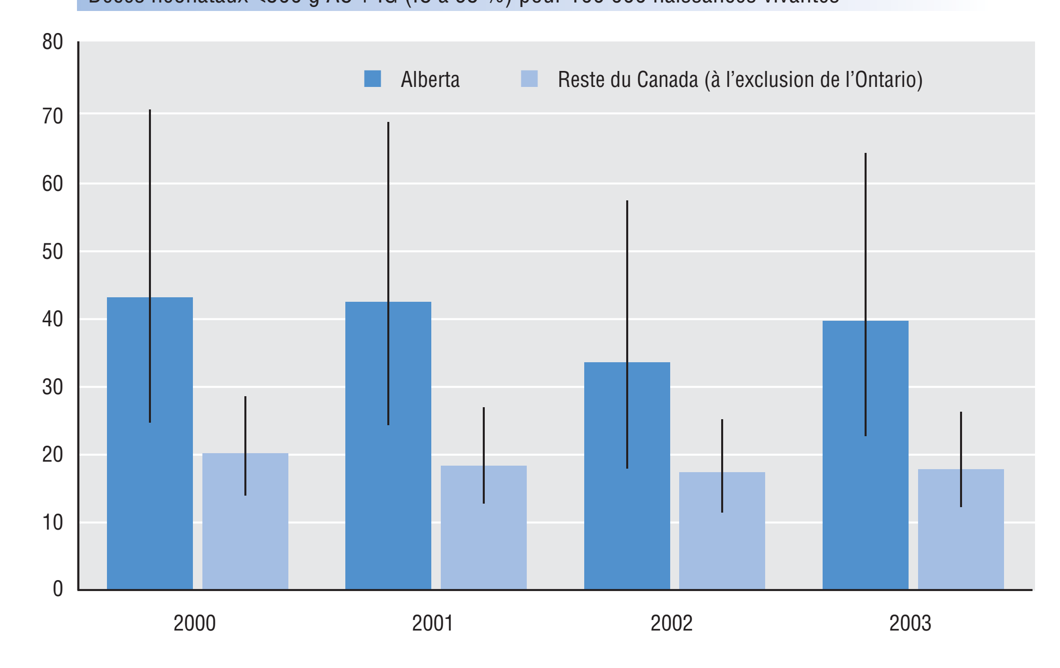
*Alberta et le reste du Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2000–2003*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 2000–2003.
* Sauf celles dont le poids à la naissance manque.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 4.B **Taux de décès néonataux de moins de 500 g attribuables à des anomalies congénitales (AC) ou à une interruption de grossesse (IG)**

Alberta et le reste du Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000–2003*



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 2000–2003.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
IC—intervalle de confiance

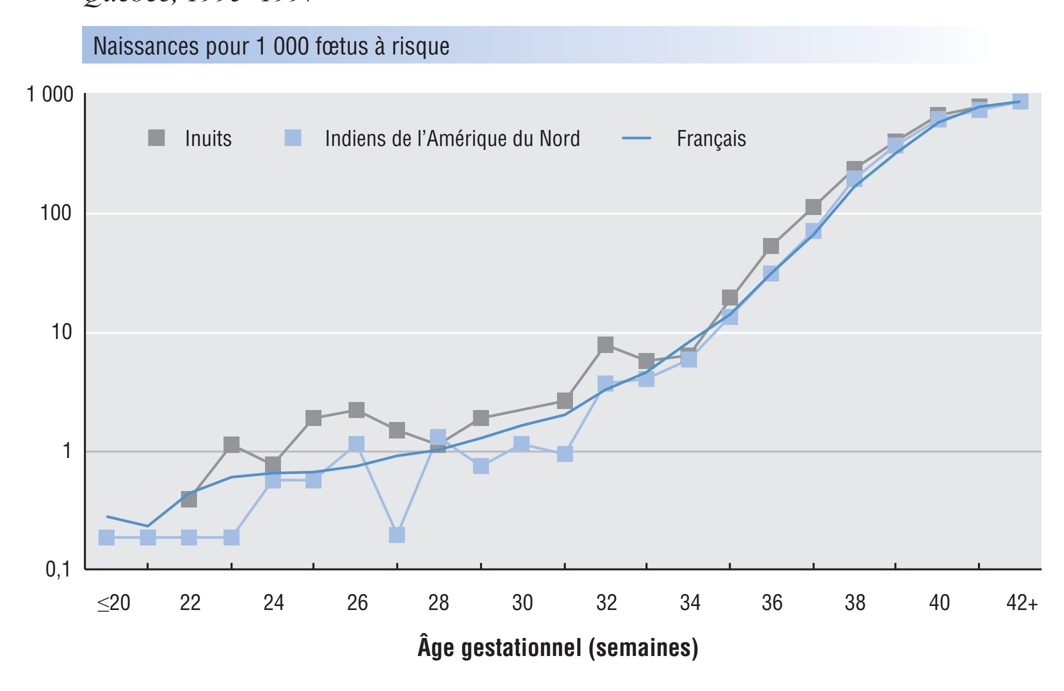
Mortalité infantile chez les Premières nations, les Inuits et les Métis

Le manque de normalisation qui mine les comparaisons internationales et interprovinciales portant sur la mortalité fœtale et infantile brouille aussi notre compréhension de l'état de santé périnatale chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. En fait, la question a probablement plus d'importance pour le Canada que le classement international des pays en fonction de la mortalité infantile, car elle a un effet direct sur les politiques et sur la prestation des services de santé.

Il y a plus d'une décennie, la Commission royale sur les peuples autochtones[32] a démontré que le taux de mortalité infantile chez les Autochtones du Canada était deux fois plus élevé que dans la population non autochtone depuis plus d'un siècle. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a toutefois publié récemment une fiche d'information[33] où elle indiquait que le taux de mortalité infantile chez les Premières nations était tombé à 6,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 (ce qui équivalait presque au taux de mortalité infantile de 5,3 pour 1 000 naissances vivantes dans le cas du Canada en 2000). D'autres publications fédérales ont repris cette constatation en affirmant que le taux de mortalité infantile chez les Premières nations s'établissait à 6,2 pour 1 000 naissances vivantes[34] en 2000. Actuellement, il y a consensus suffisant sur le fait que ces taux sont sous-estimés.

L'argument selon lequel les Premières nations, les Inuits et les Métis ont un état de santé périnatale sous-optimal qui exige une attention sérieuse sur le plan de la santé publique est difficile à défendre en partie parce que l'information sur la surveillance est inadéquate et de mauvaise qualité. On l'a démontré dans une étude de recherche publiée récemment sur les naissances simples du Québec[35] qui a montré que les taux de mortinatalité dans les populations française, anglaise, inuite et indienne de l'Amérique du Nord (définies en fonction de la langue parlée par la mère) pendant la période de 1995 à 1997 s'établissaient à 3,9, 3,4, 2,7 et 9,3 pour 1 000 naissances vivantes au total, respectivement, tandis que les taux de mortalité infantile atteignaient 4,4, 4,2, 23,1 et 7,5 pour 1 000 naissances vivantes respectivement. Il convient de signaler les taux élevés de mortinatalité chez les Indiens de l'Amérique du Nord (environ deux à trois fois plus élevés que dans les populations française et anglaise) et les taux élevés de mortalité infantile chez les Inuits (de cinq à six fois plus élevés que dans les populations française et anglaise). Un taux aussi excessif de mortalité dans les populations autochtones concorde avec la tendance centenaire des taux de mortalité infantile deux fois plus élevés documentés par la Commission royale[32]. Des données probantes indiquent néanmoins que ces statistiques sur la mortalité chez les Premières nations, les Inuits et les Métis sous-estiment les taux réels parce qu'il y a sous-enregistrement des naissances à la limite de la viabilité.

FIGURE 5.A Taux de natalité selon l'âge gestationnel*, selon le groupe démographique
Québec, 1995–1997

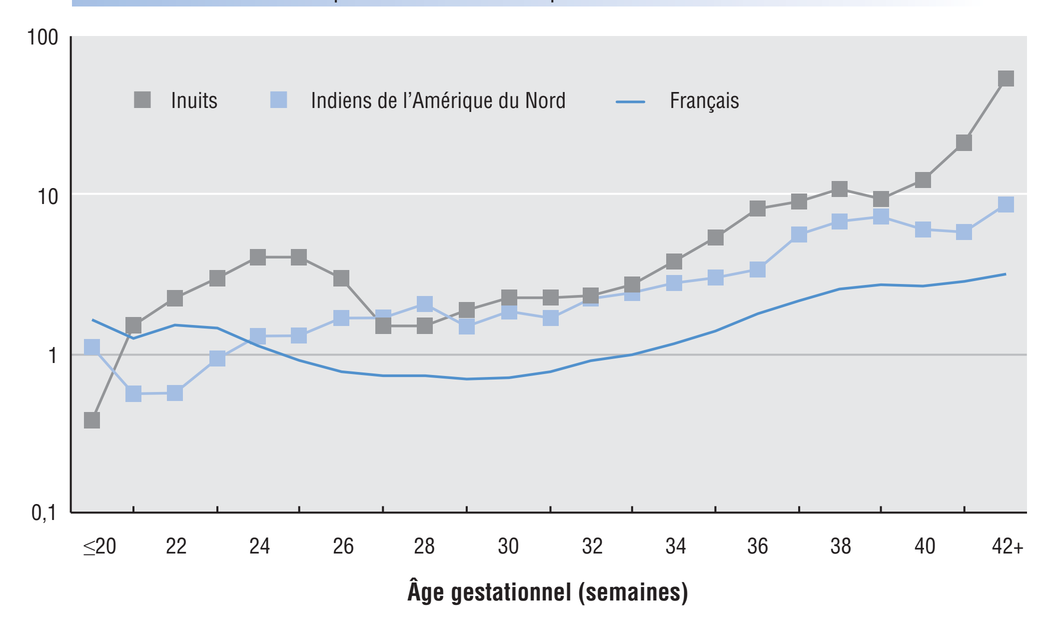


Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1995–1997.
* Le numérateur du taux de natalité selon l'âge gestationnel était le nombre de naissances à n'importe quel âge gestationnel et le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de naissance au même âge gestationnel (c'est ce que l'on appelle communément la méthode des fœtus à risque[28]).

La figure 5.A illustre l'incidence des naissances[28] chez les femmes françaises, indiennes de l'Amérique du Nord et inuites du Québec en 1995–1997. À un âge gestationnel de moins de 32 semaines, les femmes indiennes de l'Amérique du Nord ont connu des taux de natalité moins élevés comparativement aux femmes françaises, tandis que les femmes inuites ont connu des taux plus élevés. Lorsqu'on a analysé les taux de mortalité fœtale et infantile en utilisant un calcul semblable, le taux de mortalité après 24 semaines de gestation était beaucoup plus élevé chez les femmes indiennes de l'Amérique du Nord et inuites (figure 5.B). Un tableau semblable s'est dégagé lorsqu'on a analysé séparément les taux de mortalité fœtale et infantile. La plupart des tendances révélées par ces courbes correspondent à ce à quoi on s'attendait, mais la faible fréquence des naissances entre 20 et 23 semaines dans la population des Indiens de l'Amérique du Nord justifie un commentaire. Même si un faible taux de natalité pourrait indiquer que les fœtus et les mères de la population des Indiens de l'Amérique du Nord sont en meilleure santé (par rapport aux fœtus et aux mères de la population française), les tendances de la natalité et de la mortalité fœtale/infantile à des âge gestationnels subséquents indiquent le contraire. Le faible taux de natalité entre 20 et 23 semaines dans la population des Indiens de l'Amérique du Nord est probablement attribuable au fait qu'il y a sous-enregistrement des naissances à la limite de la viabilité.

FIGURE 5.B Taux de mortalité fœtale et infantile selon l'âge gestationnel*, selon le groupe démographique

Québec, 1995–1997



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1995–1997.

* Le numérateur du taux de mortalité fœtale-infantile selon l'âge gestationnel était le nombre de naissances/morts fœtales infantiles à n'importe quel âge gestationnel, tandis que le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de mort fœtale-infantile au même âge gestationnel (c'est ce qu'on appelle communément la méthode des fœtus à risque[28]). Le taux de mort fœtale-infantile a été cumulé pendant trois semaines de gestation de façon à stabiliser les taux.

La figure 5.C montre les taux de mortinatalité et mortalité infantile dans les populations française, des Indiens de l'Amérique du Nord et inuite dans des catégories établies selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel où l'enregistrement des naissances a des chances d'être complet. La plupart des taux de mortalité fœtale et infantile selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel étaient plus que deux fois plus élevés dans les populations des Indiens de l'Amérique du Nord et chez les Inuits que dans la population française. Les différences réelles au niveau des taux de mortalité fœtale et infantile entre les populations des Premières nations, inuite, métisse et le reste de la population canadienne sont probablement plus élevées que le double mis en évidence par la Commission royale[32].

FIGURE 5.C Taux de mortalité fœtale et infantile, selon le groupe démographique*

Québec, 1995–1997

Indice	Français			Indiens de l'Amérique du Nord			Inuits		
	Taux	Ratio de taux	(IC à 95 %)	Taux	Ratio de taux	(IC à 95 %)	Taux	Ratio de taux	(IC à 95 %)
Morts fœtales pour 1 000 naissances totales									
Brut	4,0	1,0	(–)	8,2	2,0	(1,5–2,7)	6,9	1,7	(1,1–2,7)
≥1 000 g	2,7	1,0	(–)	6,3	2,3	(1,7–3,3)	5,8	2,2	(1,3–3,6)
≥28 semaines	2,9	1,0	(–)	6,7	2,3	(1,7–3,2)	5,4	1,9	(1,1–3,2)
Morts infantiles pour 1 000 naissances totales									
Brut	5,1	1,0	(–)	9,0	1,8	(1,3–2,4)	20,1	3,9	(3,0–5,2)
≥1 000 g	3,4	1,0	(–)	8,0	2,4	(1,8–3,2)	17,8	5,3	(3,9–7,0)
≥28 semaines	3,3	1,0	(–)	8,2	2,5	(1,9–3,4)	15,1	4,6	(3,4–6,3)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques de l'état civil, 1995–1997. Données gracieuseté de Russell Wilkins, Groupe de l'analyse et des mesures de la santé.

* Basé sur la langue parlée par la mère (662 226 naissances vivantes et mortinaissances chez les Français, 5 242 chez les Indiens de l'Amérique du Nord et 2 577 chez les Inuits).

Enregistrement des naissances en Ontario

On reconnaît en général que pour les 15 dernières années, de nombreux problèmes sérieux affligent les données des statistiques de l'état civil de notre province la plus peuplée. La qualité médiocre des données sur le poids à la naissance a déclenché une crise en santé publique au milieu des années 1990 lorsqu'il a semblé que l'Ontario et, par conséquent, le Canada, faisaient face à une épidémie de naissances de faible poids[36]. De même, des erreurs au niveau de l'âge gestationnel ont entraîné une augmentation du taux des naissances prématurées en 1994 et 1995 et les données portant sur ces années ne sont toujours pas corrigées (page 315). Les frais à payer pour obtenir un certificat de naissance de l'Ontario (imposés dans les municipalités de l'Ontario au milieu de 1996 et en 1997, et qui n'existent dans aucune autre région du Canada) ont entraîné un sous-enregistrement documenté des naissances vivantes, en particulier dans les sous-populations vulnérables comme celles des mères célibataires et des nourrissons de faible poids à la naissance[37,38]. La question, qui a suscité une vaste publicité dans les médias au début de 2007, a poussé le gouvernement provincial à s'engager à révoquer ces frais. Ils demeurent toutefois en vigueur et ont en fait augmenté dans certaines administrations. Ces problèmes non résolus d'enregistrement des naissances constituent une faiblesse malheureuse en surveillance nationale de la santé périnatale.

Question des enregistrements manquants

Le plus énigmatique peut-être des problèmes qui entachent les données de l'Ontario, c'est la question des enregistrements de naissances manquants pour un pourcentage important de morts infantiles. Statistique Canada (dans le cadre d'un contrat conclu avec le SCSP et l'Agence de la santé publique du Canada) établit chaque année un couplage entre les enregistrements des naissances vivantes et des morts infantiles. Ce projet produit de l'information utile sur la santé publique et clinique (y compris des taux de mortalité infantile selon l'âge gestationnel, ainsi que de l'information sur les antécédents de mort infantile). Dans toutes les provinces du Canada sauf l'Ontario, ce couplage a été presque entièrement fructueux et les enregistrements des naissances de tous les nourrissons qui sont morts ont été repérés dans tous les cas sauf une poignée (10 morts infantiles sur 969 (1,1 %) sont demeurées non couplées dans la cohorte des naissances de 2003). En Ontario, toutefois, on n'a habituellement pas réussi à établir de lien dans un important pourcentage de morts infantiles (295 sur 697 morts infantiles (42,3 %) n'étaient pas reliées en 2003). Nous présentons ici une brève description des morts infantiles non couplées mentionnées ci-dessus en Ontario (celles dont l'enregistrement à la naissance manque) en espérant qu'elle éclairera un peu le problème qui semble irréductible.

Tendances temporelles des morts infantiles non reliées

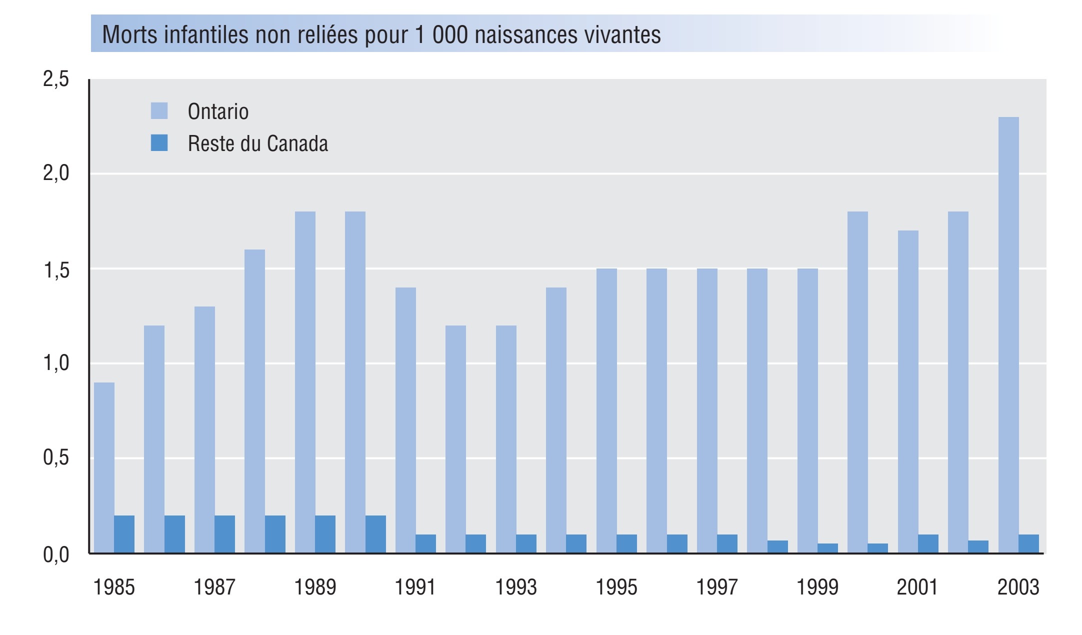
Sur les 15 799 morts infantiles survenues en Ontario entre 1985 et 2003, il ne semble pas y avoir eu d'enregistrement au moment de la naissance dans 3 987 cas. L'anomalie que constituent les naissances vivantes non reliées en Ontario n'est pas un phénomène nouveau et on l'a constaté dans les enregistrements des naissances vivantes et des morts infantiles à compter du milieu de la décennie 1980 (figure 6). La fréquence des morts infantiles non reliées a diminué au Canada (sauf en Ontario) au cours des dernières années (figure 6), mais le taux de ces morts infantiles a augmenté en Ontario. En 1985, on n'avait pu relier 43 morts infantiles à l'enregistrement de leur naissance (0,18 pour 1 000 naissances vivantes) au Canada (sauf en Ontario), nombre qui est tombé à 10 en 2003 (0,05 pour 1 000 naissances vivantes). En Ontario, la fréquence des morts infantiles non reliées est passée de 122 (0,92 pour 1 000 naissances vivantes) en 1985 à 295 (2,25 pour 1 000 naissances vivantes) morts non reliées en 2003. Au cours de la même période, le taux de mortalité infantile parmi les morts infantiles reliées en Ontario est passé de 6,3 pour 1 000 naissances vivantes en 1985 à 3,1 en 2003.

Moment du décès

L'établissement du moment du décès dans le cas des morts infantiles non reliées en Ontario était très différent de ce qui se passe dans le cas des morts infantiles reliées. Entre 1985 et 2003, le taux de mortalité néonatale dans le cas des morts infantiles reliées s'est établi à 2,9 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité postnéonatale, à 1,6 pour 1 000 naissances vivantes. Le ratio des taux de mortalité néonatale sur les taux de mortalité postnéonatale s'est établi à 1,9 dans le cas de ces morts infantiles reliées en Ontario (c.-à-d. qu'environ 65 % de ces morts infantiles sont survenues pendant la période néonatale). Ce ratio était identique à celui des morts infantiles reliées au Canada (sauf en Ontario). Parmi les morts infantiles non reliées en Ontario, le taux de mortalité néonatale s'est toutefois établi à 1,3 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité postnéonatale, à 0,18 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui donne un ratio de 7,6 (c.-à-d. qu'environ 88 % des morts infantiles non reliées se sont produites pendant la période néonatale). Comparativement au nombre peu élevé de morts infantiles non reliées dans l'est du Canada, ce même ratio s'est établi à 3,2.

FIGURE 6 **Fréquence des morts infantiles non reliées***

*Ontario et le reste du Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve-et-Labrador)**, 1985–2003*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès infantiles, 1985–2003.

* On entend par morts infantiles non reliées les enregistrements de morts infantiles pour lesquelles on n'a pu trouver de documents d'enregistrement d'une naissance correspondante.

** Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

Région de résidence

L'analyse des morts infantiles reliées et non reliées selon la région de résidence n'a pas produit de tendances inattendues. Le classement géographique arbitraire de l'Ontario en huit régions (fondées sur les subdivisions de recensement) a montré que le taux de mortalité infantile reliée était de trois à six fois plus élevé environ que le taux de mortalité non reliée dans chacune des régions analysées.

Cause du décès

L'analyse des causes de décès parmi les morts infantiles reliées et non reliées a montré que des causes de décès étaient surreprésentées parmi les morts infantiles non reliées tandis que d'autres étaient sous-représentées. La tendance globale a semblé concorder avec le fait que les morts néonatales étaient plus susceptibles de demeurer non reliées et que les morts postnéonatales étaient moins susceptibles de le demeurer. Ainsi, le ratio des morts reliées par rapport aux morts non reliées (selon la cause de la mort infantile) s'est établi à 3,2 dans le cas des anomalies congénitales et à 8,2 dans celui du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN). Les causes de mort néonatale comme la brève durée de la gestation et le faible poids à la naissance, les complications de la grossesse chez la mère, le syndrome de détresse respiratoire, les complications liées au cordon et aux membranes du placenta, l'infection périnatale, l'hypoxie et l'asphyxie à la naissance, ainsi que l'hémorragie néonatale, présentaient des ratios (de taux de mortalité infantile reliée et non reliée) de moins de 3. Par ailleurs, les causes de mort postnéonatale comme les accidents, la pneumonie et l'influenza présentaient des ratios de mortalité (sur les mort infantiles reliées et non reliées) qui dépassaient 3.

Autres caractéristiques des morts non reliées

Les morts infantiles non reliées ont montré une prépondérance de sujets de sexe masculin, même si elle est moindre que dans le cas des morts infantiles reliées. D'autres analyses en fonction du mois du décès n'ont pas produit d'information, tandis que les analyses fondées sur le lieu du décès ont montré que 93 % des morts infantiles non reliées se sont produites à l'hôpital (comparativement à 89 % des décès survenus à l'hôpital dans le cas des morts infantiles).

« Le coupable »

Il est possible de tirer quelques perspectives provisoires de cette analyse sur la cause des enregistrements de naissances manquants en Ontario :

- Le problème remonte loin en arrière et a précédé l'imposition des frais d'enregistrement des naissances.
- Le problème est généralisé dans toutes les régions de la province.
- L'ordre de grandeur du taux des morts infantiles non reliées semble à la hausse depuis quelques années. Le nombre de morts infantiles non reliées a augmenté même pendant que le nombre des naissances vivantes et les taux de mortalité infantile diminuaient et il y a actuellement presque une mort infantile sur deux (42 %) pour laquelle on ne semble pas avoir enregistré de naissance correspondante.
- L'excès des décès néonataux, des décès à l'hôpital et des décès attribuables à des causes qui agissent au cours de la période périnatale (parmi les morts infantiles non reliées) soulève la possibilité que les enregistrements de naissances manquants portent sur des naissances relativement compliquées.
- On ne connaît pas l'importance du faible déficit de sujets de sexe masculin chez les nourrissons dont la mort n'est pas reliée.
- L'absence de problème semblable dans le cas des morts infantiles dans les autres provinces et territoires relève de la méthode utilisée pour relier les enregistrements des naissances et des morts infantiles.

Dans l'ensemble, ce tableau indique qu'il existe un problème centralisé en Ontario, peut-être au niveau de la collecte des données. On ne peut tirer de l'enregistrement du décès des détails comme la pluralité, le poids à la naissance et l'âge gestationnel, etc., des morts infantiles non reliées, car ces détails sont disponibles seulement dans l'enregistrement de la naissance (à laquelle il est impossible de relier l'enregistrement du décès). Seule une enquête minutieuse pourrait expliquer davantage cet obstacle malheureux à la surveillance périnatale au Canada.

Tendances des naissances prématurées et du faible poids à la naissance

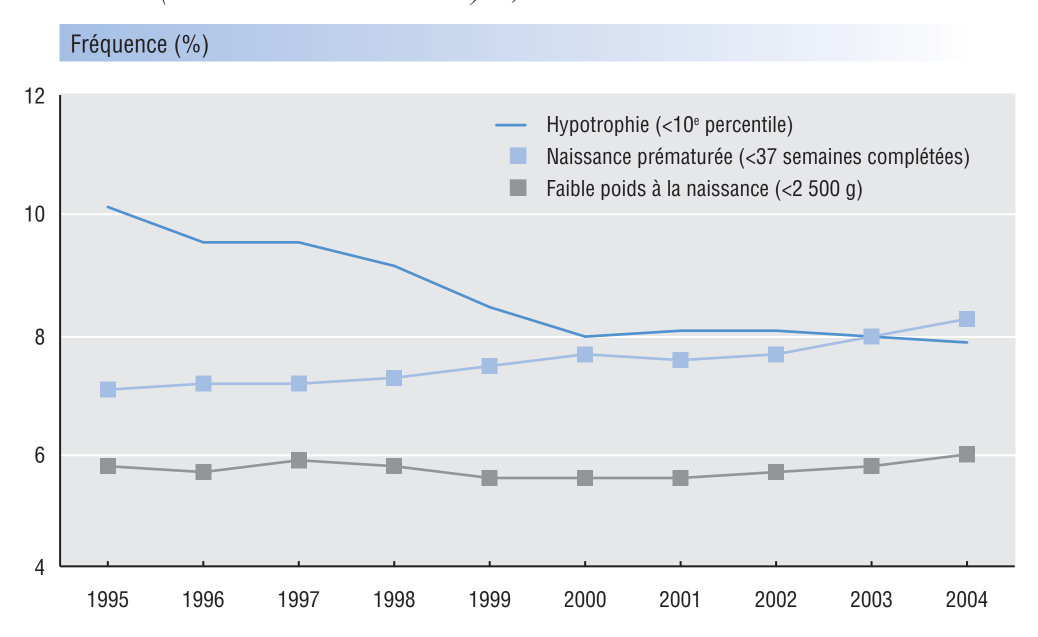
Même si l'on reconnaît que la naissance prématurée constitue le défi périnatal le plus important que doivent relever les pays industrialisés, deux décennies d'efforts cliniques et communautaires consacrés à la prévention des naissances prématurées n'ont pas réussi à faire baisser les taux. Les taux de naissances prématurées au Canada ont en fait augmenté pour passer de 6,4 % en 1981[39] à 8,2 % en 2004 (et à 7,9 % au Canada (exclant l'Ontario) en 2005[40]). Les principaux facteurs mentionnés dans le contexte de cette augmentation comprennent l'augmentation des taux d'interventions obstétriques (c.-à-d. induction du travail et césarienne médicalement indiquées), les augmentations du nombre de mères plus âgées et de celui des naissances multiples. Même si l'on a tendance à considérer séparément la contribution des interventions obstétriques, de l'âge plus avancé de la mère et des naissances multiples, il y a beaucoup de chevauchements entre les effets de ces facteurs de risque. Les femmes plus âgées sont plus susceptibles de produire de multiples naissances à la fois spontanément et parce qu'elles sont plus susceptibles d'avoir besoin d'assistance à la procréation. Les femmes plus âgées et celles qui portent de multiples fœtus sont aussi plus susceptibles d'accoucher à la suite d'une induction du travail ou d'une césarienne avant terme indiquées médicalement.

Les augmentations du nombre d'inductions et de césariennes avant terme ont été concentrées à un âge stationnel qui a varié de 34 à 36 semaines et se sont produites principalement dans les cas de grossesses à risque[41]. Les augmentations du nombre de naissances prématurées parmi les naissances multiples, groupe à risque élevé où les taux de mortalité périnatale et de morbidité néonatale sérieuse sont beaucoup plus élevés, illustrent bien ce dernier point. La fréquence des naissances prématurées parmi les naissances multiples est passée d'environ 30 % au cours des années 1970[42] à 40 % au début des années 1980, 50 % au cours des années 1990[43], pour atteindre 58,4 % en 2004 (page 286). L'efficacité thérapeutique des naissances prématurées iatrogènes médicalement indiquées pour éviter la mort est évidente dans la relation inverse qui existe entre les augmentations de population dans le cas des naissances prématurées et les baisses simultanées des taux de mortinatalité et de mortalité périnatale[41,43–47]. Comme on considère les augmentations récentes du nombre des naissances prématurées comme le produit d'efforts obstétriques visant à réduire la mortalité périnatale, l'indicateur du taux de naissances prématurées, qui a déjà été un baromètre fiable de la santé périnatale de la population, est devenu un marqueur plus complexe et hétérogène à la fois de l'état de santé périnatale de la population et des services de soins de santé périnatale. Comme dans le cas de l'augmentation de la tendance à l'accouchement prématuré iatrogène (lorsque le fœtus est compromis), d'autres recherches, en particulier par le suivi à long terme des bébés nés à 34–36 semaines, s'imposent pour circonscrire entièrement l'équation coût-avantage[48]. Même si une intervention obstétrique médicalement indiquée qui évite une mort périnatale est louable, il faut que les effets à long terme comme le déficit neurodéveloppemental, le handicap et l'incapacité fassent partie de l'équation qui détermine des indices thérapeutiques comme le nombre de sujets à traiter.

Une deuxième grande question reliée aux naissances prématurées que le présent rapport met en évidence porte sur les tendances temporelles des naissances prématurées par rapport aux naissances vivantes présentant une hypotrophie au Canada. Les taux de naissances prématurées au Canada sont passés de 7,0 % en 1995 à 8,2 % en 2004, tandis que les taux d'hypotrophie diminuaient considérablement pour passer de 10,1 % en 1995 à 7,8 % en 2004 (pages 133 et 140). Ces changements spectaculaires du panorama périnatal sont toutefois masqués pour la plupart lorsqu'on analyse l'état de santé périnatale en fonction de l'indice de faible poids à la naissance. Comme le montre la figure 7, le taux de faible poids à la naissance au Canada est demeuré généralement stable en dépit des changements susmentionnés des naissances prématurées et du retard de croissance intrautérin. Ce sont en fait les augmentations simultanées du taux des naissances prématurées et le recul du taux d'hypotrophie qui ont stabilisé le taux de faible poids à la naissance au Canada. Ce masquage de phénomènes périnataux importants est l'une des raisons pour lesquelles on concentre l'attention sur les taux de naissances prématurées et d'hypotrophie plutôt que sur le faible poids à la naissance, qui est aussi une entité hétérogène dont les composantes, soit la naissance prématurée et l'hypotrophie, sont différentes des points de vue étiologique et pronostique[49,50]. C'est pourquoi les éditions antérieures et actuelle du *Rapport sur la santé périnatale au Canada* ont fourni de l'information sur les taux de naissances prématurées et d'hypotrophie au Canada, mais non sur les taux de faible poids à la naissance. Il est préférable de comprendre, dans le contexte de la montée des taux de naissances prématurées, la faible augmentation des taux de faible poids à la naissance qui est évidente au cours des dernières années (c.-à-d. qui sont passés de 5,5 % en 2001 à 5,9 % en 2004) comme on l'a signalé dans une publication récente de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[51].

FIGURE 7 **Taux de naissances vivantes hypotrophiques, de naissances prématurées et de faible poids à la naissance***

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques de l'état civil, 1995–2004.

* Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance étaient inconnus, dont l'âge gestationnel n'atteignait pas 22 semaines ou dépassait 43 semaines.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

Comportements et habitudes pendant la grossesse

L'éducation de la mère constitue un déterminant clé de ses comportements et habitudes au cours de la grossesse. On relie de près ce facteur aux taux d'allaitement, de tabagisme chez la mère, d'exposition à la fumée de tabac ambiante et de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle. Plus la mère est instruite, plus elle fait habituellement des choix santé. C'est pourquoi les augmentations du pourcentage des mères canadiennes qui ont terminé des études collégiales ou universitaires sont encourageantes. Comme on l'indique dans le présent *Rapport* (page 60), ce pourcentage est passé de 56,9 % (IC à 95 % : 55,2–58,6) en 2000 à 69,6 % (IC à 95 % : 68,1–71,2) en 2005. Au cours de la même période, les taux d'initiation à l'allaitement maternel sont passés de 81,6 % (IC à 95 % : 80,3–82,8) en 2000 à 87,0 % (IC à 95 % : 85,7–87,9) en 2005, tandis que les taux de tabagisme chez la mère reculaient de 17,7 % (IC à 95 % : 16,6–18,8) à 13,4 % (IC à 95 % : 12,4 à 14,4).

La proportion des naissances vivantes chez les mères adolescentes a continué de diminuer, pour tomber de 6,8 % en 1995 à 4,8 % en 2004 chez les mères âgées de 15 à 19 ans (page 65). Au cours de la même période, le taux de naissances vivantes selon l'âge chez les femmes âgées de 15 à 19 ans est tombé de 25,4 à 15,4 pour 1 000 femmes. Le pourcentage des naissances vivantes survenues chez les femmes de 35 ans et plus est passé de 11,2 % en 1995 à 15,4 % en 2004 tandis que le taux de naissances vivantes selon l'âge chez les femmes de 35 à 49 ans passait de 11,8 % en 1995 à 13,5 pour 1 000 femmes en 2004 (pages 249 et 250). La montée de la tendance au report de la procréation préoccupe énormément sur le plan clinique et sur celui de la santé publique. L'âge plus avancé de la mère est à l'origine de taux plus élevés de naissances prématurées, de retard de croissance utérin, de mortalité périnatale et de morbidité néonatale sérieuse[52–54]. Les taux de mortalité maternelle sont aussi plus élevés chez les mères plus âgées[55]. Les risques (relatifs) excessifs afférents à la procréation à un âge plus avancé sont une source de préoccupation même si les risques absolus de répercussions périnatales indésirables sont habituellement faibles.

Il importe néanmoins de reconnaître que ce phénomène a des répercussions différentes au niveau des individus, de la population et de la société. Même si les risques individuels associés à la procréation tardive sont bien connus, son impact sur la santé de la population est moins discuté. La fécondité a dégringolé dans la population canadienne au cours des cinq dernières décennies et les femmes de plus de 30 ans constituent le seul sous-groupe où les tendances de la fécondité se redressent (figure 8). L'impact démographique de l'âge plus avancé de la mère sur les répercussions comme les naissances vivantes prématurées et l'hypotrophie est beaucoup plus modeste que l'augmentation du risque de ces répercussions à l'échelon individuel. Comme l'âge plus avancé de la mère augmente de 50 à 100 %, le risque de naissance prématurée ou de naissance vivante (hypotrophie), le taux global de naissances prématurées/hypotrophie diminuerait seulement d'environ 10 % si les femmes de 35 ans et plus cessaient d'avoir des enfants. Il faut enfin reconnaître qu'il y a davantage de bébés qui naissent à la suite de traitements de procréation assistée administrés à des femmes de moins de 35 ans comparativement à celles qui en ont plus de 35[56]. Aucun de ces facteurs n'atténue les dangers individuels associés à l'âge plus avancé de la mère et les femmes qui envisagent de retarder la grossesse devraient être conscientes des risques associés à une telle décision[57,58]. Il convient quand même d'insister sur le fait que la procréation retardée est maintenant courante dans les pays industrialisés et constitue un phénomène social aux antécédents complexes.

FIGURE 8 **Taux de naissances vivantes, selon l'âge chez les femmes de 20 à 44 ans**
Canada, 1962, 1982 et 2004

Naissances vivantes pour 1 000 femmes

Âge de la mère (années)	1962	1982	2004
20–24	232,4	91,1	51,0
25–29	215,6	120,9	97,4
30–34	143,4	67,5	95,8
35–39	77,0	19,9	40,1
40–44	27,5	3,1	6,9

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances, 1962, 1982 et 2004.

Poids avant la grossesse

L'excédent de poids avant la grossesse constitue un facteur de risque commun de diverses répercussions indésirables qui ont un effet sur la mère, le fœtus et le nourrisson[59–61]. Les bases de données nationales au Canada ne contiennent malheureusement pas d'information sur cet indicateur et il est donc impossible de suivre les tendances temporelles. La récente Enquête sur les expériences de la maternité réalisée par le SCSP devrait corriger cette lacune au niveau de la surveillance, en particulier si on la répète périodiquement. Plusieurs bases de données provinciales qui contiennent des données de bonne qualité sur le poids avant la grossesse constituent une autre source d'information sur la question et ces renseignements produisent un tableau raisonnable des tendances temporelles au Canada. Les données du Programme de soins génésiques de la Nouvelle-Écosse montrent que le pourcentage des mères qui pesaient 90 kg ou plus avant la grossesse est passé de 3,4 % en 1988 à 13,1 % en 2006 dans cette province. De même, des données provenant du Programme de soins génésiques de la Colombie-Britannique montrent que la prévalence de l'indice de masse corporelle (IMC) de ≥30 kg/m^2 avant la grossesse est passée de 10,6 % en 2001 à 11,4 % en 2005[62]. Cette tendance troublante de l'évolution du poids chez la mère reflète des tendances semblables bien reconnues au niveau du poids corporel au Canada et ailleurs qui transcendent le sexe et l'âge.

Le poids avant la grossesse met en évidence un défi particulier que pose la surveillance périnatale puisque des données nationales sur cet indicateur ne sont pas facilement disponibles. L'adaptation de données contenues dans des bases de données régionales aux besoins de la surveillance nationale dans cette situation représente une utilisation judicieuse de ressources et il est clairement dans les meilleurs intérêts de la surveillance de la santé périnatale et dans ceux de la santé périnatale au Canada de renforcer les bases de données provinciales. Dans ce contexte,

il importe de signaler que pour des raisons qui ne sont pas facilement apparentes, on a constaté une augmentation malheureuse de l'information manquante sur le poids avant la grossesse dans les bases de données de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique[62,63]. Étant donné que les programmes de soins génésiques de ces deux provinces font un travail digne de mention lorsqu'il s'agit de tenir leurs bases de données très détaillées, il est essentiel de concentrer davantage d'efforts au renforcement de la qualité des données afin d'en améliorer l'utilité.

Services de santé

Les taux d'induction du travail au Canada, qui étaient passés de 20,7 % en 1995 à un sommet de 23,7 % en 2001, sont retombés à 21,8 % en 2004 (page 76). Les taux de césarienne, par contre, ont poursuivi leur montée monotone. Les taux totaux de césariennes sont passés de 17,6 % en 1995 à 21,1 % en 2000 et à 25,6 % en 2004 (page 80). Ces chiffres établissent un contraste intéressant par rapport à ceux des États-Unis sur les plans de la similitude et des différences. Aux États-Unis, les taux d'induction du travail ont augmenté régulièrement pour passer de 16,0 % en 1995 à 21,2 % en 2004, tandis que les taux totaux de césariennes grimpaient de 20,8 % en 1995 à 29,1 % en 2004[64]. D'importantes différences étaient évidentes dans le taux de naissances vaginales après une césarienne (NVAC) qui étaient de 19,9 % au Canada et de 9,2 % aux États-Unis en 2004.

Les taux d'épisiotomie ont continué de diminuer au Canada—20,4 % des femmes qui ont accouché par voie vaginale ont subi une épisiotomie en 2004 comparativement à 31,1 % en 1995. Les taux de lacération plus sévère du périnée, soit du troisième et du quatrième degrés, ont montré des tendances contradictoires : le taux des lacérations du troisième degré a augmenté légèrement pour passer de 3,0 % en 1995 à 3,3 % en 2004 et celui des lacérations du quatrième degré a reculé de 0,7 % en 1995 à 0,6 % en 2004. Dans l'ensemble, toutefois, les lacérations (combinées) des troisième et quatrième degrés n'ont pas augmenté ni diminué et l'on ne peut exclure la possibilité de changements d'identification (lacération du troisième degré par rapport à celle du quatrième degré)[65].

Les tendances de la durée du séjour à l'hôpital après la naissance et des taux de réadmission après le congé de l'hôpital ont montré des signes encourageants, particulièrement dans le cas des nouveau-nés. En 1995, 20,1 % des nouveau-nés de poids normal à la naissance ont reçu leur congé dans les deux jours suivant la naissance et ce taux est passé à 27,3 % en 2004. On a observé une tendance semblable chez les nourrissons de faible poids à la naissance. Les taux d'admission néonatale n'ont pas augmenté au cours de la même période : 3,7 % des nourrissons qui ont reçu leur congé après la naissance ont été réadmis pendant la période néonatale en 1995, comparativement à 3,4 % en 2004. La durée du séjour de la mère a aussi diminué entre 1995 et 2004, tandis que les taux de réadmission ont augmenté légèrement pendant la même période (1,5 à 1,7 % des accouchements vaginaux et 2,8 à 3,0 % des césariennes). Ces tendances sous-entendent des gains importants réalisés au niveau de l'utilisation efficiente des ressources hospitalières au cours de la dernière décennie sans qu'il en découle de compromis apparent pour la sécurité des patients. La confiance que l'on peut accorder à ces estimations et les inférences qui en découlent diminuent un peu malheureusement à cause de problèmes de méthodologie. L'heure exacte de la naissance n'est pas disponible actuellement dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS ou dans la Base de données sur la morbidité hospitalière. C'est pourquoi les estimations de la durée du séjour des nouveau-nés et de la durée du séjour après l'accouchement chez les mères représentent des approximations.

Santé maternelle

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) au Canada s'établissait à 5,5 (IC à 95 % : 4,2–7,2) pour 100 000 naissances vivantes en 2002–2004. Ce taux n'était pas statistiquement différent du taux en 1999–2001 (4,2, IC à 95 % : 3,2–5,7). Même si l'estimation ponctuelle du RMM était plus élevée en 2002–2004 qu'au cours des années précédentes, il est peu probable que ce soit important étant donné particulièrement qu'il n'y avait pas d'augmentation frappante d'aucune des causes précises de décès de la mère (page 109). On a observé une augmentation semblable non significative du RMM au Royaume-Uni aussi (11,4 pour 100 000 maternités en 1997–1999 et 13,1 en 2000–2002[55]).

Parmi les causes directes de mortalité maternelle, le décès attribuable à une hémorragie postnatale (HPN) attire particulièrement l'attention au Canada depuis quelques années. C'est parce qu'on a signalé dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada de 2003* que le taux d'hystérectomie à cause d'une HPN avait doublé entre 1991 et 1999[66]. L'augmentation est demeurée inexpliquée à l'époque et les hypothèses proposées portaient notamment sur des changements des méthodes obstétriques, des augmentations de l'âge de la mère et du placenta adhérent à cause d'une prévalence plus élevée de femmes qui avaient accouché auparavant par césarienne. Le Groupe d'études sur la santé maternelle du SCSP a depuis étudié la question en détail[67]. Une augmentation temporelle de l'HPN atonique semble constituer le principal phénomène sous-jacent (page 112). Étant donné que la cause de l'augmentation de l'HPN atonique n'est toujours pas claire, il convient de signaler qu'on a documenté une augmentation inexpliquée semblable de l'HPN en Australie[68,69] et que le nombre des décès maternels attribuables à une HPN a augmenté au Royaume-Uni depuis quelques années[55]. Dans le commentaire de la rédaction joint à la publication canadienne, on disait que : « La montée du nombre d'hémorragies postnatales atoniques, que beaucoup d'entre nous avons observée... demeure inexpliquée... Si un de nos lecteurs a des suggestions à l'égard de [cette augmentation] intrigante, nous vous demandons de nous en faire part[70]. »

La fréquence des avortements provoqués au Canada, que le SCSP a suivie dans chacun de ses *Rapports sur la santé périnatale*, semble avoir plafonné au cours des dernières années. On ne sait toutefois pas si les données présentent un tableau exact de la situation au Canada. Certaines des causes des problèmes de qualité des données découlent du fait que des technologies nouvelles sont plus difficiles à surveiller (comme les avortements très précoces pratiqués dans les cabinets de médecins et ceux que l'on provoque au moyen d'agents pharmacologiques). Il faudrait toutefois se pencher sur les autres causes et enjeux, décrits en détail dans la section sur les *Avortements provoqués* (page 116), dans l'intérêt de la surveillance nationale.

Santé fœtale et infantile

La fréquence des naissances vivantes hypertrophiques a augmenté depuis 1995, même si la tendance s'est stabilisée depuis trois ans. Les variations entre les régions étaient importantes, le Québec affichant la fréquence la plus faible (10,2 %) et les Territoires du Nord-Ouest, la plus élevée (20,4 %). Les naissances vivantes hypotrophiques au Canada montrent une tendance temporelle contraire (page 139), les Territoires du Nord-Ouest affichant le taux le plus faible de telles naissances (5,1 % en 2004). Ces variations régionales au niveau de la croissance fœtale peuvent refléter des différences relier aux origines ethniques de la population. La question plus générale qui consiste à déterminer si les normes de croissance fœtale (c.-à-d. les limites utilisées pour déterminer si un nourrisson est petit ou gros compte tenu de son âge fœtal) en fonction de l'origine ethnique et d'autres facteurs font partie d'un débat émergent dans les publications internationales sur la périnatalité[71,72]. Le consensus final qui se dégagera sur la question aura un effet important sur la pratique clinique et sur la santé périnatale au Canada.

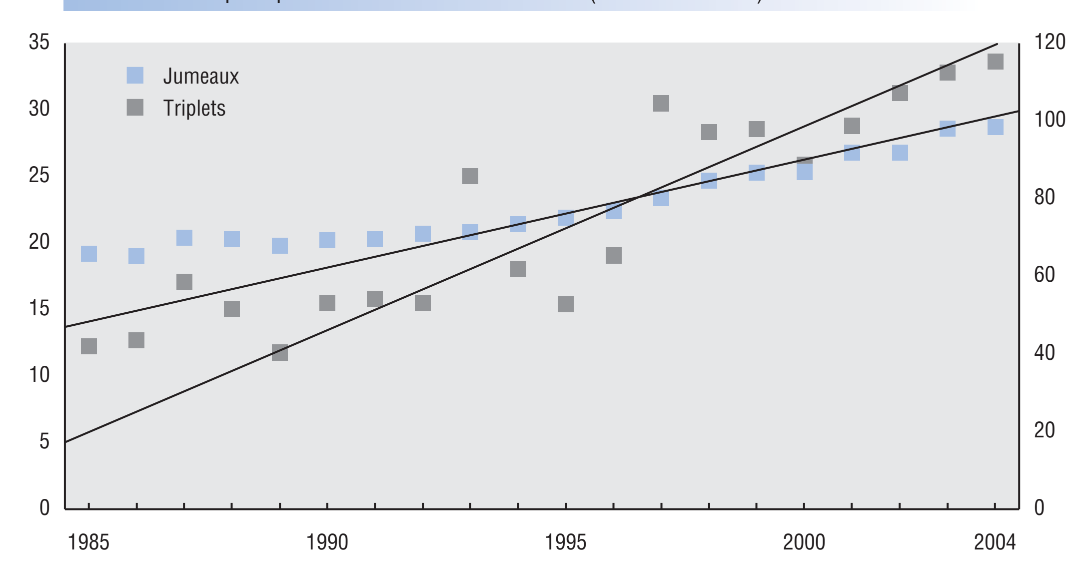
Parmi les trois anomalies décrites dans la section sur les *Anomalies congénitales* (page 167), la prévalence à la naissance du syndrome de Down et de la fosse pataline ne semble pas avoir changé, tandis que la fréquence des anomalies du tube neural a diminué de plus de la moitié entre 1995 et 2004. Le recul de la prévalence à la naissance des anomalies du tube neural s'est produit en arrière-plan du diagnostic prénatal et aussi, à compter de 1998, à la suite de l'ajout d'acide folique aux aliments. Plusieurs études ont documenté les effets de l'enrichissement des aliments avec l'acide folique au Canada[73–76]. L'étude la plus récente portant sur sept provinces a montré un recul de 46 % des anomalies du tube neural et l'ordre de grandeur de la diminution était proportionnelle au taux de référence avant l'enrichissement[76].

Le taux de naissances multiples est passé de 2,2 % en 1995 à 3,0 % en 2004. L'augmentation relative du nombre des triplets et des naissances multiples plus nombreuses a été plus importante que celle du nombre de jumeaux (figure 9) et ni l'une ni l'autre des deux tendances n'a semblé montrer de signes d'un plateau. L'augmentation était attribuable en grande partie à des augmentations du recours aux techniques de procréation assistée (TPA). L'augmentation du nombre des naissances multiples n'est pas étonnante—à la fois parce que le nombre de cycles de TPA exécutés au Canada a augmenté pour passer de 7 884 en 2001 à 11 068 en 2004 et parce que le pourcentage des cycles (fécondation in vitro/injection intra-cytoplasmique de sperme) portant sur deux embryons ou plus a augmenté pour passer de 49 % en 2001 à 66 % en 2004[56].

Deux indicateurs de morbidité néonatale sévère, soit le taux d'infection néonatale et le taux d'intubation endotrachéale, ont montré des tendances encourageantes entre 1995 et 2004. Les taux de chaque morbidité et les changements observés au cours de la dernière décennie ont varié selon la catégorie de poids à la naissance (page 160). Les augmentations du nombre d'intubations, en particulier chez les nourrissons qui ne pèsent pas 1 000 g à la naissance, sont porteuses de promesses, compte tenu particulièrement des résultats de recherches récentes qui montrent que chez ces nouveau-nés, les technologies de soins néonataux intensifs ont dépassé le stade de la réduction du nombre de décès aux dépens d'augmentations à la fois de la survie sans maladie et de la survie associée à des maladies[77]. Nous semblons parvenus à un stade où les taux de décès et de survie associés à une incapacité diminuent tous deux chez les nourrissons qui ont un poids à la naissance de 500 à 999 g[78].

FIGURE 9 **Tendances temporelles des taux de naissances de jumeaux et de triplets***

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador)**, 1985–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1985–2004.

* Les naissances de triplets comprennent les naissances de triplets et autres naissances multiples plus nombreuses.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

Conclusion

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*, documente toute une variété de phénomènes de surveillance qui varient de tendances simples décrivant des améliorations des déterminants de la santé (p. ex., taux de tabagisme chez la mère à la baisse, taux d'allaitement maternel à la hausse) jusqu'à des tendances plus complexes des répercussions de la santé (p. ex., montée des taux de naissances prématurées et baisse des taux d'hypotrophie). En outre, il faut étudier plus à fond et clarifier plusieurs phénomènes énigmatiques, y compris le mystère qui entoure les enregistrements de naissances manquants en Ontario et les augmentations d'HPN atoniques au Canada (réflétant des augmentations inexpliquées semblables en Australie et au Royaume-Uni). Enfin, il y a plusieurs domaines où l'information tirée de la surveillance pourrait bénéficier d'améliorations de la qualité des données, y compris des indicateurs comme le taux d'avortements provoqués. Il est clair aussi que l'on a besoin d'information de meilleure qualité sur les sous-populations que sont les Premières nations, les Inuits et les Métis et d'autres sous-populations vulnérables pour déterminer et cibler des disparités au niveau de la santé périnatale. Le ton général du rapport est toutefois optimiste et l'on y documente clairement un grand nombre d'améliorations modestes et importantes de la santé périnatale. Il est possible d'utiliser les renseignements, en particulier les comparaisons entre les régions, pour créer des points

de repère d'améliorations à venir. On espère que ce *Rapport* servira judicieusement à éclairer la prise de décisions sur les soins cliniques, la santé publique et les politiques de santé, et à catalyser des efforts visant à améliorer la surveillance de la santé périnatale.

K.S. Joseph, MD, PhD
Professeur, Unité de recherche en épidémiologie périnatale
Départements d'obstétrique et de gynécologie et de pédiatrie
Université Dalhousie et Centre de santé IWK
Membre du Comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale

Références

1. Statistique Canada. Division des statistiques sur la santé. *Naissances et décès 1993.* Ottawa : Statistique Canada; 1996. N° 84-210-XPB au catalogue.

2. Mitchell A. Rising death among infants stun scientists. *Globe and Mail.* Le 2 juin 1995:A4.

3. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: effect of changes in the registration of live newborns weighing less than 500 g. *JAMC*. 1996;155(4):1047–52.

4. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Décès 2001*. Ottawa : ministre de l'Industrie; 2003. N° 84F0211XIF2002000 au catalogue.

5. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Décès 2002*. Ottawa : ministère de l'Industrie; 2004. N° 84F0211XIF2002000 au catalogue.

6. Statistique Canada. Décès 2002. *Le Quotidien*. 27 septembre 2004 [Internet]. Ottawa : ministère de l'Industrie; 2004 [cité le 5 juillet 2007]. Disponible à : http://www.statcan.ca/Daily/francais/040927/d040927a.htm

7. Gregoire L. Alberta infant mortality high. *JAMC*. 2004;171(11):1336.

8. Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R. Infant mortality in Alberta and all of Canada [lettre]. *JAMC*. 2005;172(7):856–7.

9. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: Final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep*. 2004;53(5). Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 2004.

10. Mathews TJ, Menacker F, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2002 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep*. 2004;53(10). Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 2004.

11. MacDorman MF, Martin JA, Mathews TJ, Hoyert DL, Ventura SJ. Explaining the 2001–2002 infant mortality increase: Data from the linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep*. 2005;53(12). Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 2005.

12. Joseph KS, Allen AC, Kramer MS, Cyr M, Fair ME (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985–95. *Paediatric Perinatal Epidemiol*. 1999;13(3):278–87.

13. Organisation mondiale de la Santé. *Classification statistique internationale des malades et des problèmes de santé connexe*. 10e rév. Vol. 2. Manuel d'utilisation. Genève : OMS; 1993. p. 129–34.

14. Wen SW, Liu S, Joseph KS, Rouleau J, Allen A. Patterns of infant mortality caused by congenital anomalies. *Teratology*. 2000;61(5):342–6.

15. Liu S, Joseph KS, Wen SW, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Secular trends in congenital anomaly-related fetal and infant mortality in Canada, 1985–1996. *Am J Med Genetics*. 2001;104(1):7–13.

16. Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada. *JAMA*. 2002;287(12):1561–7.

17. Liu S, Joseph KS, Wen SW. Trends in fetal and infant deaths due to congenital anomalies. *Semin Perinatol*. 2002;26(4):268–76.

18. Wyldes MP, Tonks AM. Termination of pregnancy for fetal anomaly: a population-based study 1995 to 2004. *BJOG*. 2007;114(5):639–42.

19. Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (1066). *Gazette du Canada, Partie II*. 1998;132(24):3029–33. N° d'inscription : DORS/98–550.

20. Howell EM, Blondel B. International infant mortality rates: Bias from reporting differences. *Am J Pub Health*. 1994;84(5):850–2.

21. Sepkowitz S. International rankings of infant mortality and the United States' vital statistics natality data collection system—failure and success. *Int J Epidemiol*. 1995;24(3):583–8.

22. Sachs BP, Fretts RC, Gardner R, Hellerstein S, Wampler NS, Wise PH. The impact of extreme prematurity and congenital anomalies on the interpretation of international comparisons of infant mortality. *Obstet Gynecol*. 1995(6);85:941–6.

23. Kramer MS, Platt RW, Yang H, Haglund B, Cnattingius S, Bergsjo P. Registration artifacts in international comparisons of infant mortality. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2002;16(1):16–22.

24. Macfarlane A, Gissler M, Bolumar F, Rasmussen S. The availability of perinatal health indicators in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111 Suppl 1:S15–32.

25. Lack N, Zeitlin J, Krebs L, Kunzel W, Alexander S. Methodological difficulties in the comparison of indicators of perinatal health across Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111 Suppl 1:S33–44.

26. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. *Perinatal Mortality 2005: England, Wales and Northern Ireland*. CEMACH : Londres; 2007.

27. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *La situation des enfants dans le monde 2007 : Femmes et enfants—Le double dividende de l'égalité des sexes*. New York : Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF); 2007.

28. Joseph KS. Incidence-based measures of birth, growth restriction and death can free perinatal epidemiology from erroneous concepts of risk. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(9):889–97.

29. Yudkin PL, Wood L, Redman CW. Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet*. 1987;1(8543):1192–4.

30. Kramer MS, Liu S, Luo Z, Yuan H, Platt RW, Joseph KS. Analysis of perinatal mortality and its components: time for a change? *Am J Epidemiol*. 2002;156(6):493–7.

31. Joseph KS, Huang L, Liu S, Ananth CV, Allen AC, Sauve R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Reconciling the high rates of preterm and postterm birth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):813–22.

32. *Le Rapport final de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Ottawa : Groupe Communication Canada—Édition; 1996.

33. Santé Canada. *Fiche de renseignements*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005.

34. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2003*. Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2003. N° RH64-20/2003 au catalogue.

35. Luo ZC, Wilkins R, Platt RW, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, 1985–97. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18(1):40–50.

36. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *JAMC*. 1997;157(5):535–41.

37. Bienefeld M, Woodward GL, Ardal S. *Under-reporting of live births in Ontario: 1991–1997*. Newmarket (Ontario) : Central East Health Information Partnership; 2001.

38. Woodward GL, Bienefeld MK, Ardal S. Under-reporting of live births in Ontario: 1991–1997. *Revue canadienne de santé publique*. 2003;94(6):463–7.

39. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000.

40. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Naissances 2005*. Statistique Canada. N° 84F0210XIF au catalogue.

41. Joseph KS, Demissie K, Kramer MS. Trends in obstetric intervention, stillbirth and preterm birth. *Semin Perinatol*. 2002;26(4):250–9.

42. Millar, WJ, Wadhera S, Nimrod C. Naissances multiples : tendances et comportements au Canada, 1974–1990. *Rapports sur la santé*. 1992;4(3):223–50.

43. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen AC, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *New Engl J Med*. 1998;339(20):1434–9.

44. Joseph KS, Marcoux S, Ohlsson A, Liu S, Allen AC, Kramer MS, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Changes in stillbirth and infant mortality associated with increases in preterm birth among twins. *Pediatrics*. 2001;108(5):1055–61.

45. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Vincer MJ, Armson BA. Causes and consequences of recent increases in preterm birth among twins. *Obstet Gynecol*. 2001;98(1):57–64.

46. Ananth CV, Joseph KS, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in twin preterm birth subtypes in the United States, 1989 through 2000: Impact on perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3 Pt 2):1076–82.

47. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5 Pt 1):1084–91.

48. Lee S, Armson A. Consensus statement on healthy mothers-healthy babies: How to prevent low birth weight. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(4):505–14.

49. Kramer MS. Birthweight and infant mortality: Perceptions and pitfalls. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1990;4(4):381–90.

50. Kramer MS. Maternal nutrition, pregnancy outcome and public health policy. *JAMC*. 1998;159(6):663–5.

51. Institut canadien d'information sur la santé. *Donner naissance au Canada : Tendances régionales de 2001–2002 à 2005–2006*. Ottawa : ICIS; 2001.

52. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et coll. (FASTER Consortium). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5):983–90.

53. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol*. 2005;105(6):1410–8.

54. Newburn-Cook CV, Onyskiw JE. Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? A systematic review. *Health Care Women Int*. 2005;26(9):852–75.

55. Lewis G (Éditeur) (Confidential Enquiry into Maternal Deaths). *Why mothers die 2000–2002: The sixth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. Londres : RCOG Press; 2004.

56. Gunby J, Bissonnette F, Librach C, Cowan L (Canadian Fertility and Andrology Society, IVF Directors Group). Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2004 results from the Canadian ART Register. *Fertil Steril*. 2007;88(2):275–282. Pub. 11 août 2007.

57. Tough S, Benzies K, Newburn-Cook C, Tofflemire K, Fraser-Lee N, Faber A, et coll. What do women know about the risks of delayed childbearing? *Revue canadienne de santé publique*. 2006;97(4):330–4.

58. Tough S, Benzies K, Fraser-Lee N, Newburn-Cook C. Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. *Matern Child Health J*. 2007;11(2):189–98.

59. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 1998;338(3):147–52.

60. Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications, and adverse pregnancy outcomes. *Semin Perinatol*. 2002;26(4):286–95.

61. Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet Gynecol*. 2005;106(6):1357–64.

62. British Columbia Reproductive Care Program. *British Columbia Perinatal Database Registry Annual Report 2006*. Vancouver : BCRCP; 2006.

63. Fell DB, Joseph KS, Dodds L, Allen AC, Jangaard K, Van den Hof M. Changes in maternal characteristics in Nova Scotia, Canada from 1988 to 2001. *Revue canadienne de santé publique*. 2005;96(3):234–8.

64. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S. Births: Final data for 2004. *Natl Vital Stat Rep*. 2006:55(1). Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 2006.

65. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: A 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25(7):586–93.

66. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2003.

67. Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, Young DC, Liston RM, Baskett TF (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada. *BJOG*. 2007;114(6):751–9.

68. Cameron CA, Roberts CL, Olive EC, Ford JB, Fischer WE. Trends in postpartum hemorrhage. *Aust N Z J Public Health*. 2006;30(2):151–6.

69. Ford JB, Roberts CL, Simpson JM, Vaughan J, Cameron CA. Increased postpartum hemorrhage rates in Australia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;98(3):237–43.

70. Steer P. Editor's choice. *BJOG*. 2007;114(6):i–ii.

71. Gardosi J. Customized fetal growth standards: rationale and clinical application. *Semin Perinatol*. 2004;28(1):33–40.

72. Zhang X, Platt RW, Cnattingius S, Joseph KS, Kramer MS. The use of customised versus population-based birthweight standards in predicting perinatal mortality. *BJOG*. 2007;114:474–7.

73. Persad VL, Van den Hof MC, Dube JM, Zimmer P. Incidence of open neural tube defects in Nova Scotia after folic acid fortification. *JAMC*. 2002;167(3):241–5.

74. Ray JG, Meier C, Vermeulen MJ, Boss S, Wyatt PR, Cole DE. Association of neural tube defects and folic acid food fortification in Canada. *Lancet*. 2002;360(9350):2047–8.

75. Liu S, West R, Randell E, Longerich L, O'Connor KS, Scott H, et coll. A comprehensive evaluation of food fortification with folic acid for the primary prevention of neural tube defects. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2004;4:20.

76. De Wals P, Tairou F, Van Allen MI, Uh SH, Lowry RB, Sibbald B, et coll. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. *N Engl J Med*. 2007;357(2):135–42.

77. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Fanaroff AA, Hack M. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics*. 2005;115(4):997–1003.

78. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, et coll. Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000–2002. *Pediatrics*. 2007;119(1):37–45.



A

Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

Comportements et habitudes

1. Taux de tabagisme maternel durant la grossesse

Joan Lindsay, Cathie Royle et Maureen Heaman

Le taux de tabagisme maternel durant la grossesse s'entend du nombre de femmes enceintes qui ont fumé la cigarette pendant leur grossesse par rapport au nombre total de femmes enceintes (à un endroit et à un moment donnés).

La consommation de cigarettes durant la grossesse peut avoir des effets indésirables sur la santé du fœtus et de l'enfant. Elle accroît le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de prématurité, d'avortement spontané, de complications placentaires, de mortinaissance et de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)[1]. On associe aussi le tabagisme prénatal à un risque global accru de mortalité et de morbidité infantiles attribuable en partie à l'incidence accrue du RCIU et de la prématurité.

Les publications indiquent que le tabagisme durant la grossesse a des effets indésirables à plus long terme. On a signalé dans une de ces études des problèmes comportementaux à long terme, comme l'inattention et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention chez les enfants de mères qui fumaient durant la grossesse[2]. On a établi un lien entre le tabagisme durant la grossesse et certains cancers infantiles, y compris des tumeurs du système nerveux central, des leucémies et des lymphomes[3]. On a attribué ces cancers aux effets indésirables que l'exposition prénatale à la fumée de tabac a sur le système immunitaire[3]. Le tabagisme maternel au cours de la grossesse (même si la mère cesse de fumer immédiatement après l'accouchement) est un facteur de risque d'asthme chez les jeunes enfants[4,5]. On a établi un lien entre le retard de croissance intra-utérin causé par le tabagisme durant la grossesse et un déficit du développement des voies respiratoires et de la fonction pulmonaire à tous les stades de la vie de ces enfants[5].

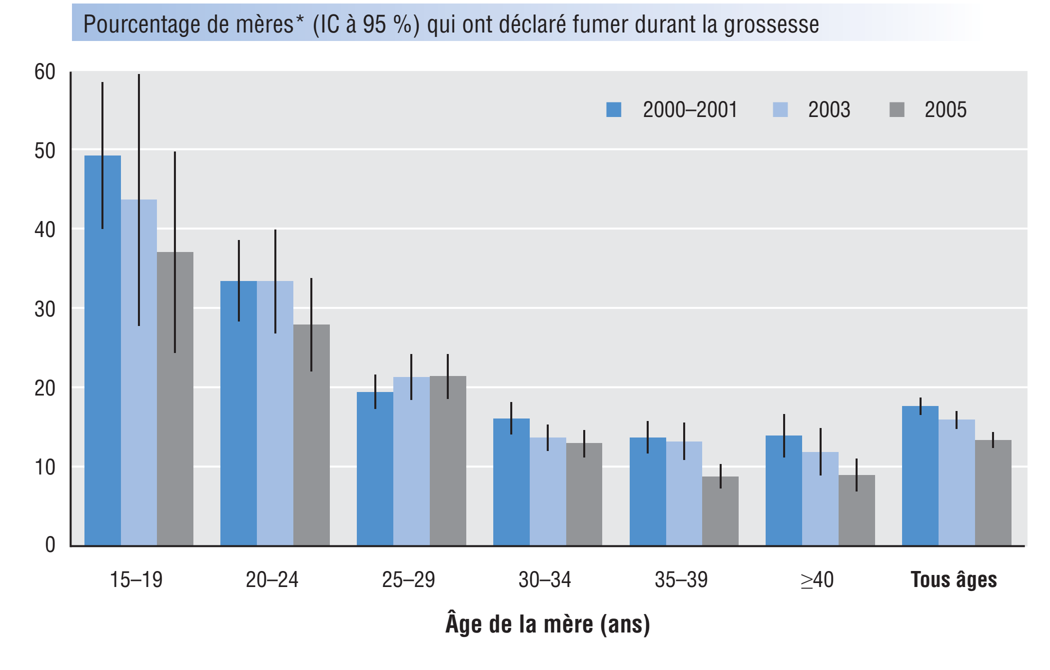
Le lien entre le tabagisme maternel durant la grossesse et les issues indésirables de la grossesse dépend de l'importance du tabagisme et de sa durée. Les risques de RCIU et de prématurité diminuent considérablement chez les femmes qui cessent de fumer avant de devenir enceintes ou au cours de leur grossesse par rapport à celles qui fument tout au long de la grossesse[1,6]. Les femmes enceintes sont plus susceptibles de cesser de fumer et de fumer moins que celles qui ne le sont pas, mais le tabagisme prénatal n'en demeure pas moins un important problème de santé publique. On indique dans les publications que les taux de tabagisme maternel durant la grossesse sont aussi plus élevés chez les femmes désavantagées sur le plan socioéconomique et chez les membres de populations vulnérables[7,8]. Il importe de continuer à promouvoir le statut de non-fumeuse chez les femmes en général, de cibler des groupes qui présentent un risque particulier et d'aider les femmes enceintes qui fument à cesser de fumer ou à diminuer le plus tôt possible[6,9].

On a calculé les taux de tabagisme maternel durant la grossesse à partir de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Résultats

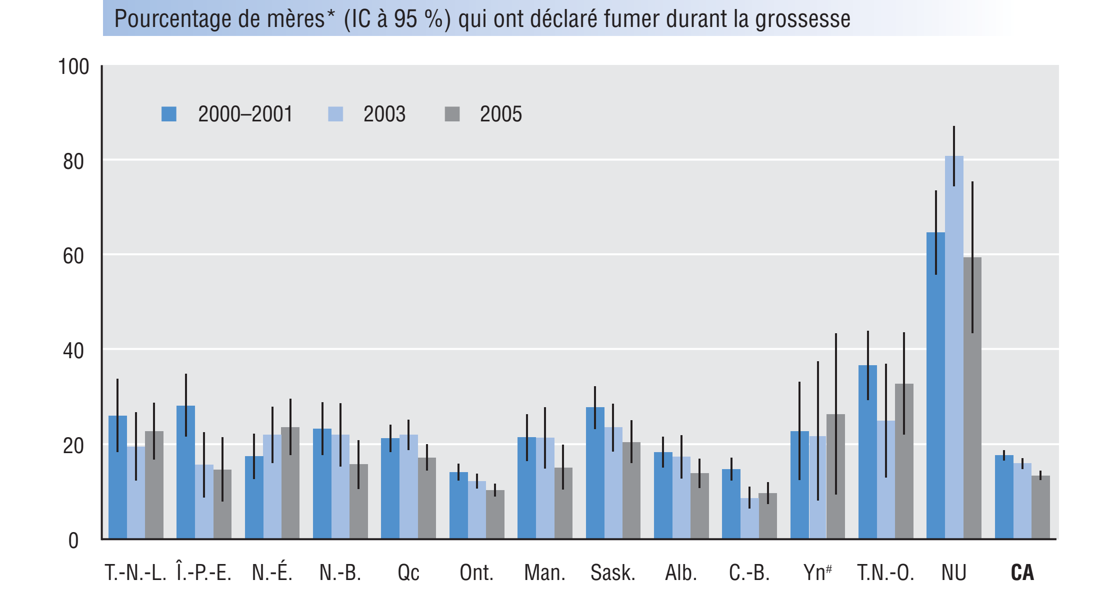
- Le recul des taux de tabagisme maternel observés au cours des années précédentes s'est poursuivi entre 2000–2001 et 2005. En 2000–2001, 17,7 % des femmes qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes ont déclaré avoir fumé durant leur grossesse comparativement à 13,4 % en 2005. Le pourcentage des nouvelles mères qui ont déclaré fumer plus de dix cigarettes par jour durant la grossesse est tombé de 4,9 % en 2000–2001 à 1,7 % en 2005.
- Les jeunes mères étaient plus susceptibles de déclarer qu'elles fumaient. En 2005, 37,2 % (IC à 95 % : 24,4–49,9) des mères de moins de 20 ans fumaient au cours de leur grossesse, comparativement à 9,0 % (IC à 95 % : 6,9–11,1) des mères de 40 ans ou plus (figure 1.1). Même si les mères de moins de 20 ans ont déclaré le taux de tabagisme le plus élevé, elles représentaient 3,0 % seulement des mères qui ont déclaré avoir fumé avant la naissance (données non montrées).
- Les taux déclarés de tabagisme maternel durant la grossesse varient selon la province/le territoire. En 2005, les taux ont varié de minimums de 9,7 % (IC à 95 % : 7,4–12,0) et 10,3 % (IC à 95 % : 9,0–11,7) en Colombie-Britannique et en Ontario respectivement à des maximums de 59,5 % (IC à 95 % : 43,4–75,5) au Nunavut et de 32,8 % (IC à 95 % : 22,0–43,6) dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 1.2).

FIGURE 1.1 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon l'âge de la mère
Canada, 2000–2001, 2003 et 2005



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 1.2 **Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon la province/le territoire**
Canada, 2000–2001, 2003 et 2005



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

Le fait de savoir que fumer pendant la grossesse risque d'avoir des effets indésirables sur l'issue de celle-ci peut avoir incité des femmes enceintes et des mères à sous-déclarer leurs habitudes tabagiques durant la grossesse[10]. De plus, des mères ont déclaré avoir fumé au cours de grossesses qui pouvaient remonter jusqu'à cinq ans avant l'entrevue, ce qui peut avoir eu un effet sur la fidélité de leur mémoire. Les taux de tabagisme maternel au Canada sont donc probablement plus élevés que ceux qui sont déclarés dans l'ESCC.

Références

1. Office of the Surgeon General. Health consequences of tobacco use among women, reproductive outcomes. Dans : *Women and Smoking.* Rockville (Maryland) : Département de la Santé et des Services humains des É-U.; 2001. p. 272–307.

2. Vuijk P, van Lier PA, Huizink AC, Verhulst FC, Crijnen AA. Prenatal smoking predicts non-responsiveness to an intervention targeting attention-deficit/hyperactivity symptoms in elementary schoolchildren. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(9):891–901.

3. Ng SP, Zelikoff JT. Smoking during pregnancy: Subsequent effects on offspring immune competence and disease vulnerability in later life. *Reprod Toxicol.* 2007;23(3):428–37.

4. Lannerö E, Wickman M, Pershagen G, Nordvall L. Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). *Respir Res.* 2006;7(1):3.

5. Pattenden S, Antova T, Neuberger M, Nikiforov B, De Sario M, Grize L, et coll. Parental smoking and children's respiratory health: independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tob Control.* 2006;15(4):294–301.

6. Heaman MI, Chalmers K. Prevalence and correlates of smoking during pregnancy: a comparison of Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *Birth.* 2005;32(4):299–305.

7. Joseph KS, Liston RM, Dodds L, Dahlgren L, Allen AC. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. *JAMC.* 2007;177(6):583–90.

8. Banerji A, Bell A, Mills EL, McDonald J, Subbarao K, Stark G, et coll. Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island. *JAMC*. 2001;164(13):1847–50.

9. Heaman M. Smoking cessation in pregnancy: are we doing enough? *J Obstet Gynaecol Can.* 2002;24(8):611–3.

10. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta analysis. *Am J Public Health.* 1994;84(7):1086–93.

■ 2. Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire durant la grossesse

Joan Lindsay, Cathie Royle et Maureen Heaman

Le taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire, où fumée de tabac ambiante, durant la grossesse s'entend du nombre de femmes enceintes qui ont été exposées à la fumée secondaire durant la grossesse, par rapport au nombre total des femmes enceintes (à un endroit et à un moment donnés).

L'exposition chimique à la fumée secondaire ressemble à l'exposition du fumeur, mais l'habitude et l'importance de l'exposition varient et diffèrent de celles du fumeur. La fumée secondaire non diluée contient de nombreux produits chimiques nocifs en plus grandes quantités que la fumée de cigarette inhalée à travers un filtre[1–3].

Les données sur les effets indésirables de la fumée secondaire durant la grossesse sont les plus solides dans le cas de la diminution du poids à la naissance. Tandis que certaines études n'ont pas démontré de risque accru de faible poids à la naissance attribuable à l'exposition à la fumée secondaire[1,3], la majorité des études appuient ce lien. Le chirurgien général des États-Unis a conclu récemment que les preuves suffisent pour conclure qu'il y a une relation de cause à effet entre l'exposition maternelle à la fumée secondaire durant la grossesse et un faible poids à la naissance[1,2,4].

Les preuves d'un lien entre l'exposition à la fumée secondaire durant la grossesse et la prématurité ne sont pas uniformes et le risque est plus probable à des niveaux d'exposition plus élevés. Le chirurgien général des États-Unis a affirmé que les données « indiquaient » l'existence d'une relation de cause à effet, mais qu'elles n'étaient pas assez solides pour l'appuyer[1,2,4–6]. La réduction du poids à la naissance et le risque de naissance prématurée découlant de l'exposition à la fumée secondaire semblent plus importants chez les mères âgées de 30 ans ou plus que chez les mères plus jeunes[7].

Des données indiquent que l'exposition maternelle à la fumée secondaire durant la grossesse constitue un facteur de risque indépendant de symptômes de sifflements respiratoires et de bronchite chez les nourrissons et les jeunes enfants, mais des études plus poussées s'imposent[8–9].

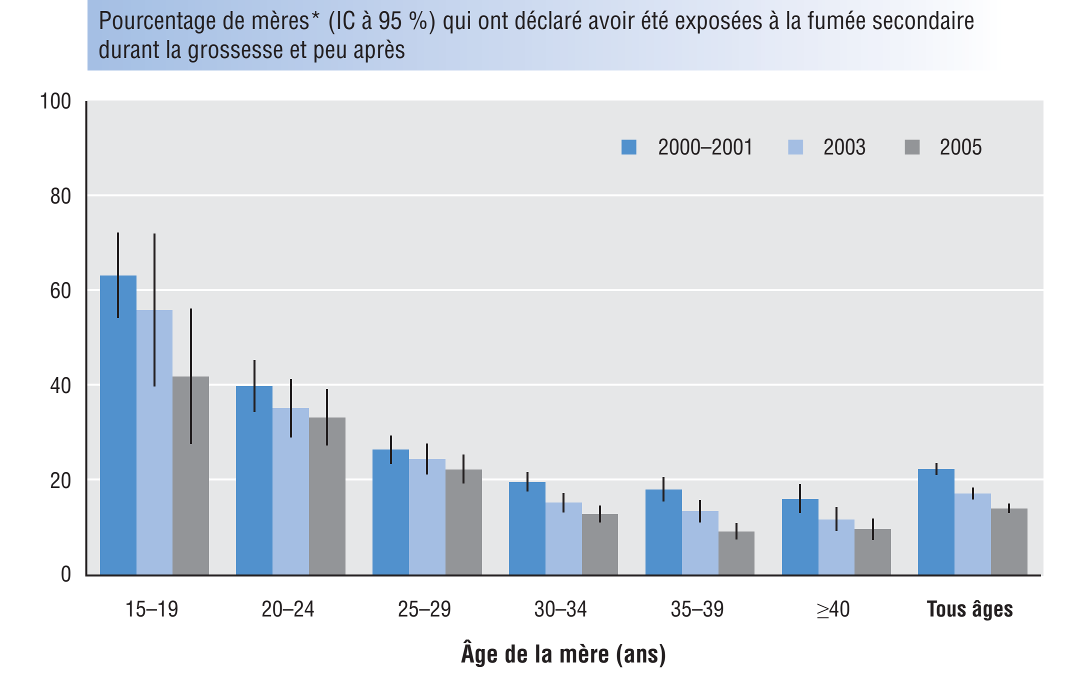
Il importe de continuer d'inciter les femmes en général et les femmes enceintes en particulier à éviter la fumée secondaire. Des mesures législatives de plus en plus complètes qui interdisent le tabac dans les endroits publics et au travail ont certainement aidé à réduire l'exposition à la fumée secondaire dans de nombreuses localités. Le tabagisme dans les ménages peut représenter un problème de santé plus sérieux pour les femmes enceintes et leur fœtus et il faut éduquer leur partenaire et les autres membres de la famille au sujet des dangers que pose la fumée secondaire.

On a calculé les taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire à partir de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dans laquelle on a demandé aux femmes qui ont déclaré avoir accouché au cours des cinq années précédentes si quelqu'un fumait régulièrement en leur présence pendant leur grossesse ou environ six mois après celle-ci. On suppose que ces réponses reflètent l'exposition à la fumée secondaire durant leur grossesse.

Résultats

- Entre 2000–2001 et 2005, les taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire ont diminué. En 2000–2001, 22,4 % des femmes qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes ont déclaré avoir été exposées à la fumée secondaire durant leur grossesse, comparativement à 14,1 % en 2005 (figure 2.1). Plus de la moitié de celles qui étaient exposées à la fumée secondaire fumaient elles aussi durant la grossesse (figure 2.2), même si le taux a diminué de façon plus spectaculaire chez les femmes qui ont fumé durant la grossesse et ont été exposées à la fumée secondaire (le taux est tombé de 12,6 % en 2000–2001 à 7,8 % en 2005) que chez celles qui ont déclaré avoir été exposées seulement à la fumée secondaire (le taux est passé de 9,8 % en 2000–2001 à 6,4 % en 2005).
- Les jeunes mères étaient plus susceptibles de déclarer avoir été exposées à la fumée secondaire. En 2005, 41,9 % (IC à 95 % : 27,7–56,2) des mères de moins de 20 ans ont été exposées à la fumée secondaire durant leur grossesse, comparativement à 9,7 % (IC à 95 % : 7,4–12,0) des mères âgées de 40 ans ou plus (figure 2.1). Même si les mères de moins de 20 ans ont déclaré le taux le plus élevé d'exposition à la fumée secondaire, elles représentaient 3,2 % seulement des mères exposées à la fumée secondaire durant la grossesse.
- Les taux déclarés d'exposition maternelle à la fumée secondaire ont varié selon la province et le territoire. En 2005, ils ont oscillé entre des minimums de 8,9 % (IC à 95 % : 6,7–11,1) et 11,2 % (IC à 95 % : 9,8–12,7) en Colombie-Britannique et en Ontario respectivement, et des plafonds de 35,2 % (IC à 95 % : 24,4–46,1) au Nunavut et de 34,7 % (IC à 95 % : 21,6–47,9) dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 2.3).

FIGURE 2.1 Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire, selon l'âge de la mère
Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

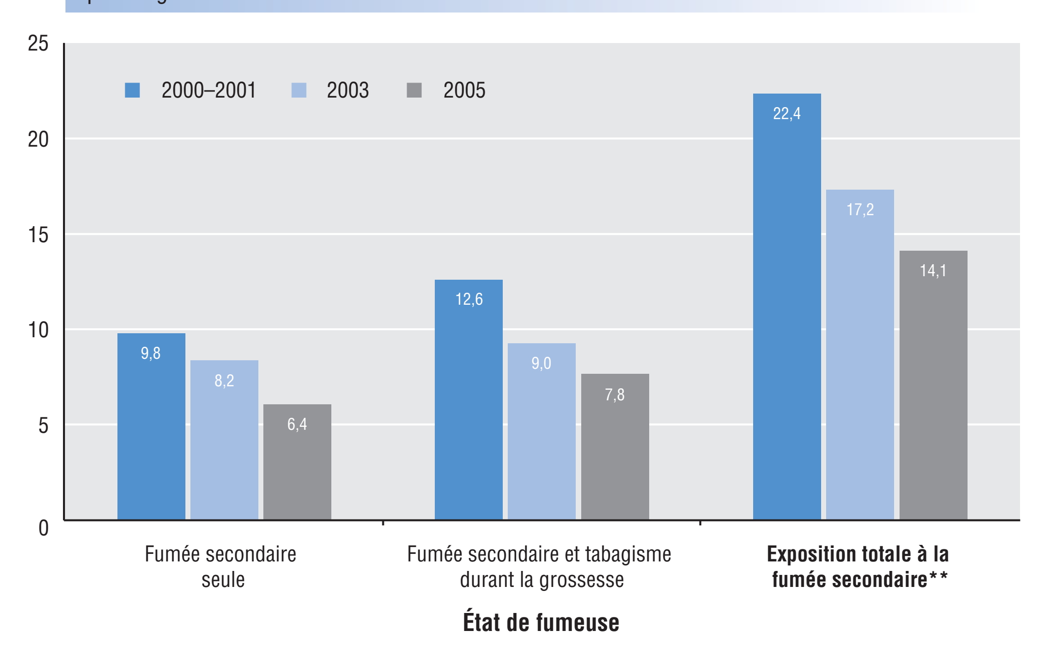


Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 2.2 Taux (%) d'exposition maternelle à la fumée secondaire seule et combinée au tabagisme durant la grossesse

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* qui ont déclaré avoir été exposées à la fumée secondaire durant et après la grossesse

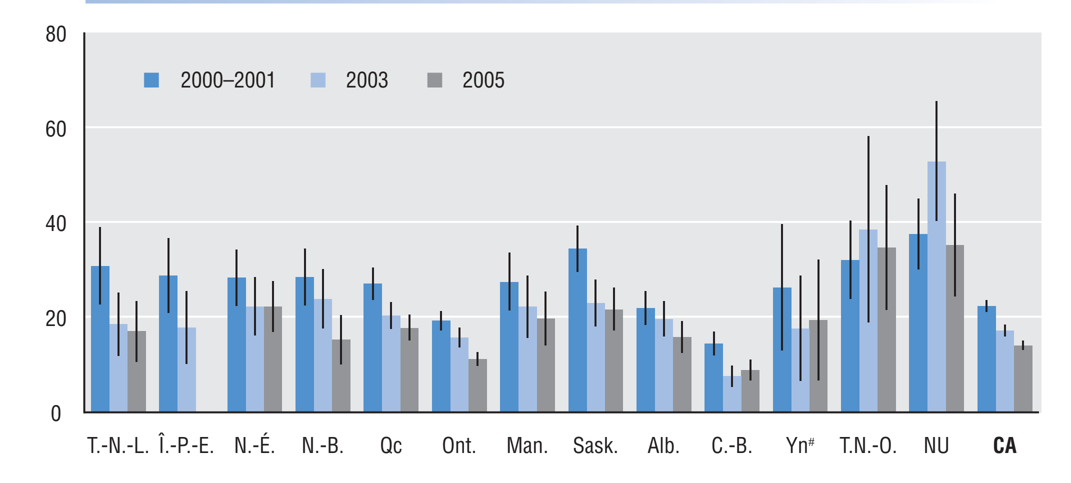


Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
** Il se peut que les taux ne totalisent pas 100 % à cause de l'arrondissement.

FIGURE 2.3 Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir été exposées à la fumée secondaire durant et après la grossesse



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
† L'estimation n'est pas indiquée parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

On a demandé aux mères d'indiquer leur exposition à la fumée secondaire jusqu'à cinq ans avant l'entrevue, ce qui peut avoir eu un effet sur la fidélité de leur mémoire. Les taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire au Canada peuvent donc être plus élevés que ceux qui sont déclarés dans l'ESCC. L'ESCC n'a pas recueilli de données sur la source de l'exposition à la fumée secondaire (p. ex., partenaire, amis, collègues de travail), ce qui aiderait à cibler les efforts de réduction de l'exposition. Il n'y avait aucun renseignement sur les biomarqueurs de l'exposition à la fumée secondaire pour valider l'exposition autodéclarée.

Références

1. Lindbohm M-L, Sallmén M, Taskinen H. Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. *Scand J Work Environ Health.* 2002;28 Suppl 2:84–96.

2. Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, et coll. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiol.* 2004;15(6):660–70.

3. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinatal Epidemiol.* 1999;13(1):35–57.

4. Département de la Santé et des Services humains des É.-U. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General.* Atlanta (Georgia) : Département de la Santé et des Services humains des É.-U., Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

5. Jaakkola JJ, Jaakkola N, Zahlsen K. Fetal growth and length of gestation in relation to prenatal exposure to environmental tobacco smoke assessed by hair nicotine concentration. *Environ Health Perspect.* 2001;109(6):557–61.

6. Windham GC, Hopkins B, Fenster L, Swan SH. Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. *Epidemiol.* 2000;11(4):427–33.

7. Ahluwalia IB, Grummer-Strawn L, Scanlon KS. Exposure to environmental tobacco smoke and birth outcome: increased effects on pregnant women aged 30 years or older. *Am J Epidemiol.* 1997;146(1):42–7.

8. Zlotkowska R, Zejda JE. Fetal and postnatal exposure to tobacco smoke and respiratory health in children. *Eur J Epidemiol.* 2005;20(8):719–27.

9. Henderson AJ, Sherriff A, Northstone K, Kukla L, Hruba D (Avon Study of Parents and Children (ALSPAC) Study Team; European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ELSPAC) Co-ordinating Centre). Pre- and postnatal parental smoking and wheeze in infancy: cross cultural differences. *Eur Respir J.* 2001;18(2):323–9.

■ 3. Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse

Joan Lindsay, Cathie Royle et Mary Johnston

Le taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse désigne le nombre de femmes enceintes qui ont déclaré avoir consommé des boissons alcoolisées durant la grossesse, par rapport au nombre total de femmes enceintes (à un endroit et à un moment donnés).

La consommation d'alcool par la mère peut avoir des conséquences autant sur sa santé que sur celle du fœtus, comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). L'ETCAF décrit un éventail de problèmes reliés à l'exposition prénatale à l'alcool, mais les effets sur le bébé varient énormément et sont difficiles à prédire et à diagnostiquer[1]. Les déficits cognitifs, comportementaux, neurodéveloppementaux, physiologiques ou physiques qui peuvent découler de l'ETCAF ont des répercussions sur la personne en cause durant toute sa vie. Le diagnostic du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), qui est le plus grave des problèmes causés par l'ETCAF, repose sur des antécédents d'exposition prénatale à l'alcool combinés à un retard de croissance prénatal et postnatal, à une dysmorphologie faciale caractéristique et à des atteintes du système nerveux central[1,2]. Les effets de l'alcool sur le fœtus dépendent de nombreux facteurs, dont la quantité d'alcool consommée, les habitudes de consommation, l'étape de la grossesse où la mère consomme de l'alcool, l'âge de la mère, sa capacité de métaboliser l'alcool et la sensibilité génétique du fœtus[1,2]. Des recherches récentes indiquent que la consommation d'alcool durant la grossesse peut aussi expliquer en partie l'abus de l'alcool au début de l'âge adulte et la dépendance à l'alcool chez les descendants[3].

Comme on n'a pu établir de niveau sécuritaire de consommation d'alcool durant la grossesse, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada recommandent aux femmes qui sont enceintes ou qui peuvent le devenir d'éviter l'alcool[4,5].

On a calculé les taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse à partir de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ECSS).

Résultats

- Le taux des mères qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant la grossesse a fluctué entre 2000–2001 et 2005. Le taux, qui s'établissait à 10,5 % en 2005, a atteint 12,4 % en 2003 et 12,2 % en 2000–2001. Ce pourcentage comprend toutes les mères qui ont déclaré avoir bu, indépendamment de la quantité consommée et de la fréquence. Selon l'ESCC de 2005, 1,1 % des femmes qui étaient enceintes au cours des cinq années précédentes ont déclaré avoir bu plus d'une fois par semaine durant leur grossesse. On n'a pu calculer avec fiabilité, à partir des données tirées de l'ESCC, la quantité consommée à chaque occasion et le pourcentage des mères qui ont pratiqué le calage durant leur grossesse.

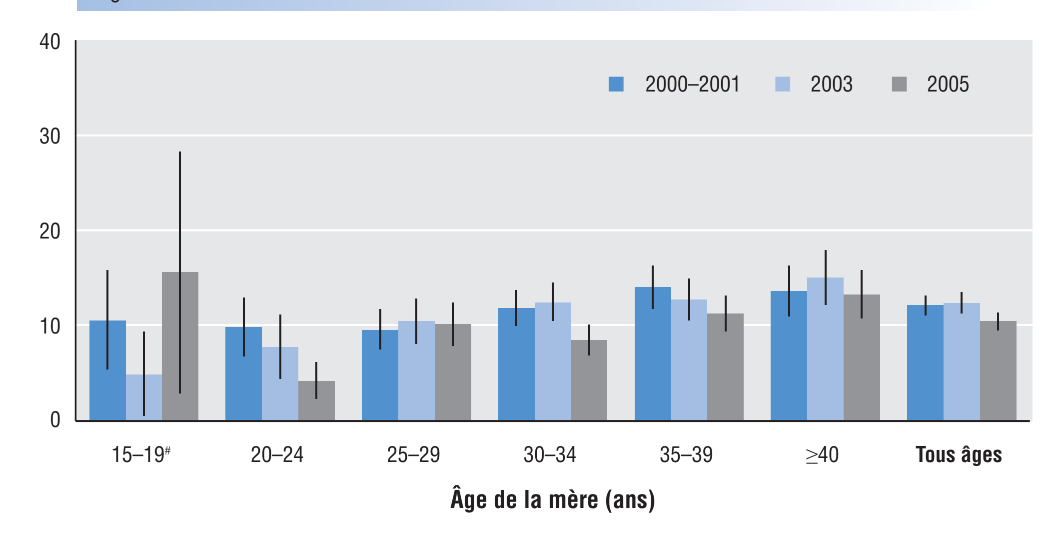
- La consommation déclarée d'alcool durant la grossesse a varié en fonction de l'âge de la mère. Les mères plus âgées étaient en général plus susceptibles que les mères jeunes de déclarer avoir consommé de l'alcool. Les estimations de la consommation d'alcool chez les femmes de 15 à 19 ans ont varié considérablement de 2000–2001 à 2003 à 2005. Les différences n'étaient toutefois pas statistiquement significatives (à noter les intervalles de confiance importants). On n'a pu dégager de tendance temporelle claire à partir de ces estimations imprécises (figure 3.1).

- Les taux déclarés de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse ont varié selon la province/le territoire. En 2005, ils ont oscillé entre un minimum de 4,1 % (IC à 95 % : 0,9–7,3) à Terre-Neuve-et-Labrador et un maximum de 17,7 % (IC à 95 % : 15,1–20,2) au Québec (figure 3.2).

FIGURE 3.1 Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse, selon l'âge de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Poucentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant la grossesse



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

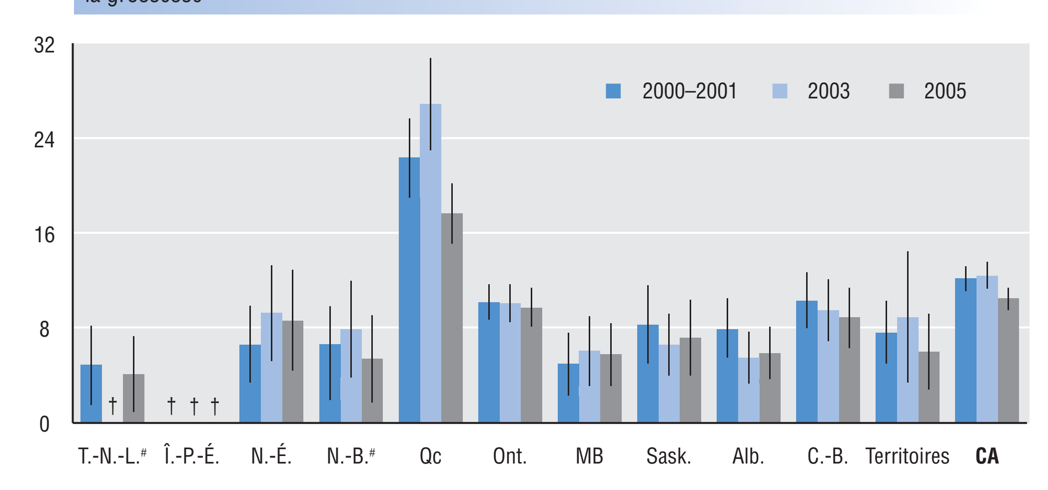
\# Grande variabilité de l'échantillonnage au niveau des données de 2003 et de 2005 pour les groupes d'âge de 15 à 19 ans.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 3.2 Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse, selon la province/région

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant la grossesse



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

† Les estimations ne sont pas indiquées parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.

\# Grande variabilité de l'échantillonnage au niveau des données de 2000–2001 et de 2005 pour Terre-Neuve-et-Labrador, et des données de 2005 pour le Nouveau-Brunswick.

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Comme les problèmes de l'ETCAF sont difficiles à diagnostiquer, on utilise souvent la consommation d'alcool par la mère durant la grossesse comme un indicateur des grossesses exposées à l'alcool. Il est possible que la consommation d'alcool durant la grossesse soit systématiquement sous-déclarée dans les enquêtes, puisqu'il est mal vu de boire durant la grossesse et que les dangers de l'alcool pour le fœtus sont bien connus[6]. Des mères ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant des grossesses qui se sont produites jusqu'à cinq ans avant l'entrevue, ce qui a pu avoir un effet sur la fidélité de leur mémoire. Il en découle que les taux de consommation d'alcool par la mère au Canada sont probablement plus élevés que ceux que signale l'ESCC. Il n'a pas été possible, à la lumière des données tirées de l'ESCC, de déterminer avec certitude la proportion de femmes enceintes qui se sont livrées à une forte consommation chronique d'alcool.

Références

1. Godel J (Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé des Premières nations et des Inuits). Fetal alcohol syndrome. *Paediatr Child Health.* 2002;7(3):161–74.

2. Roberts G, Nanson J. *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse.* Ottawa : Division de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada; 2000.

3. Alati R, Al Mamun A, Williams GM, O'Callaghan M, Najman JM, Bor W. In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(9):1009–16.

4. Santé Canada. *Déclaration commune : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus au Canada.* Ottawa : Santé Canada; 1996. N^o^ H39-348/1996F au catalogue.

5. Agence de la santé publique du Canada. *Le guide pratique d'une grossesse en santé.* Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2007.

6. Stoler JM, Huntington KS, Peterson CM, Peterson KP, Daniel P, Aboagye KK, et coll. The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers. *J Pediatr.* 1998;133(3):346–52.

4. Taux d'allaitement maternel

Tatiana Sotindjo, Beverley Chalmers et Cathie Royle

Le taux d'allaitement s'entend du nombre de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant et qui l'ont allaité par rapport au nombre total de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant (à un endroit et à un moment donnés).

L'allaitement maternel est reconnu sur la scène internationale comme la meilleure façon de nourrir un nourrisson étant donné ses effets bénéfiques sur la croissance, le système immunitaire et le développement cognitif des nourrissons[1–4]. On note en outre chez les mères qui allaitent des effets bénéfiques comme la réduction du saignement postnatal, la reprise plus tardive de l'ovulation et une meilleure reminéralisation des os[5].

L'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie et les Diététistes du Canada recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois suivant l'accouchement dans le cas des nourrissons nés à terme et en bonne santé, et l'introduction d'aliments complémentaires et le maintien de l'allaitement maternel pendant jusqu'à deux ans et plus[6]. Ces recommandations concordent avec les pratiques approuvées par l'OMS et l'UNICEF, telles qu'intégrées dans l'Initiative des hôpitaux amis des bébés lancée en 1989 pour renforcer les habitudes de maternité favorables à l'allaitement maternel[7,8]. L'allaitement maternel exclusif désigne l'allaitement maternel qui exclut tout autre liquide ou solide.

On a calculé les taux d'allaitement maternel à partir de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

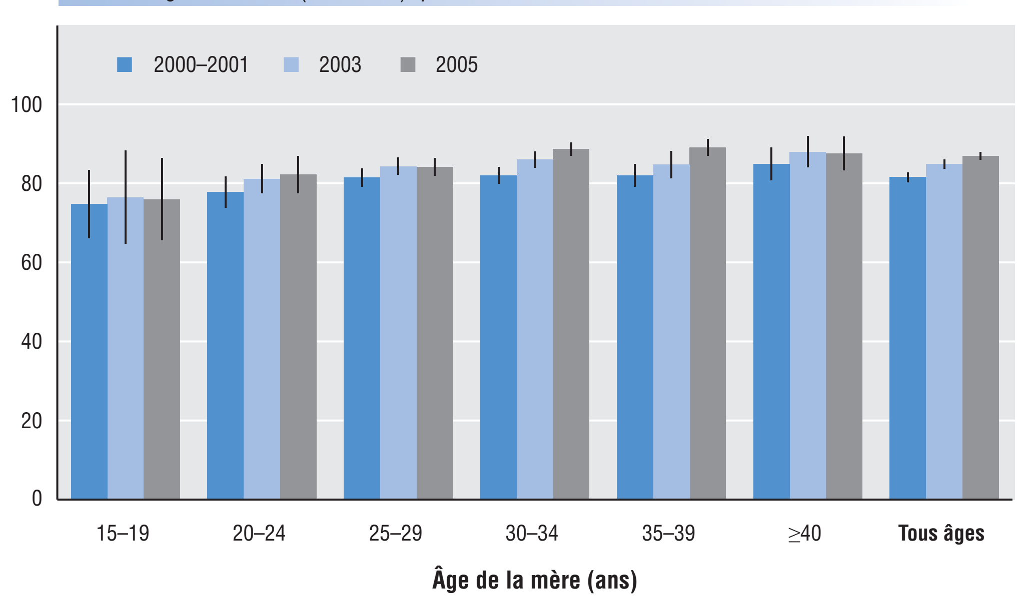
Résultats

- Les taux d'initiation de l'allaitement maternel ont augmenté régulièrement depuis cinq ans. En 2005, 87,0 % des mères qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes avaient allaité comparativement à 81,6 % en 2000–2001 (figure 4.1).
- De même, les taux d'allaitement maternel exclusif pendant au moins six mois ont augmenté eux aussi. En 2005, 16,4 % des nourrissons ont été allaités exclusivement pendant six mois comparativement à 14,2 % en 2003 (figure 4.3).
- On a établi un lien entre l'âge de la mère et les taux d'initiation de l'allaitement maternel. Au cours des trois périodes visées par l'ESCC, ils étaient plus élevés chez les mères plus âgées que chez les plus jeunes. La même tendance s'est dégagée dans le cas du taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois ou plus. En 2003 et en 2005, les taux étaient plus élevés chez les mères plus âgées (figures 4.1 et 4.3).
- Les taux d'allaitement maternel ont varié selon la province ou le territoire et l'on constate une tendance à la hausse qui se manifeste d'est en ouest. En 2005, les taux ont varié d'un minimum de 62,3 % (IC à 95 % : 54,9–69,8) à Terre-Neuve-et-Labrador à 98,8 % (IC à 95 % : 96,5–101,1) au Yukon (figure 4.2).

FIGURE 4.1 Taux d'allaitement maternel, selon l'âge de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir allaité



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

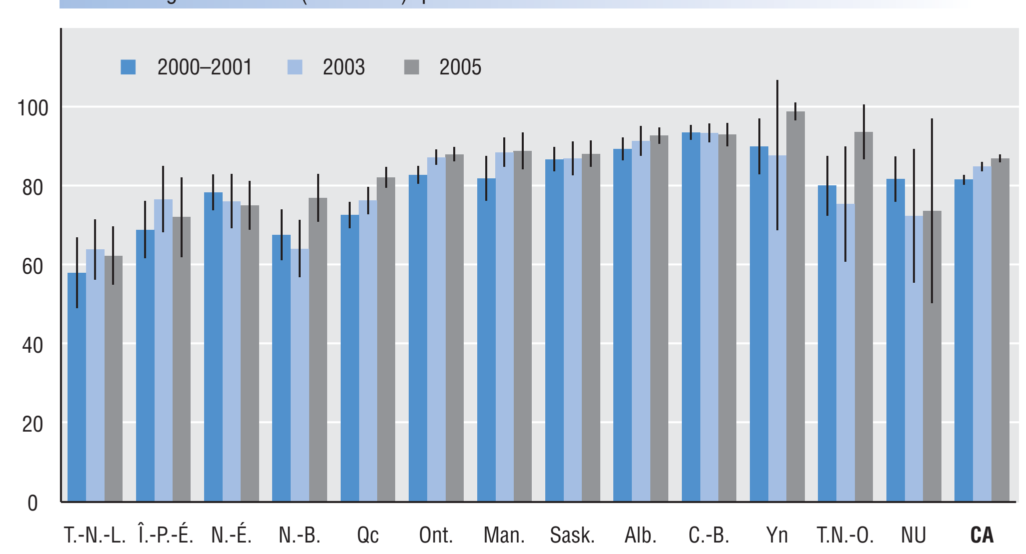
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 4.2 Taux d'allaitement maternel, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir allaité

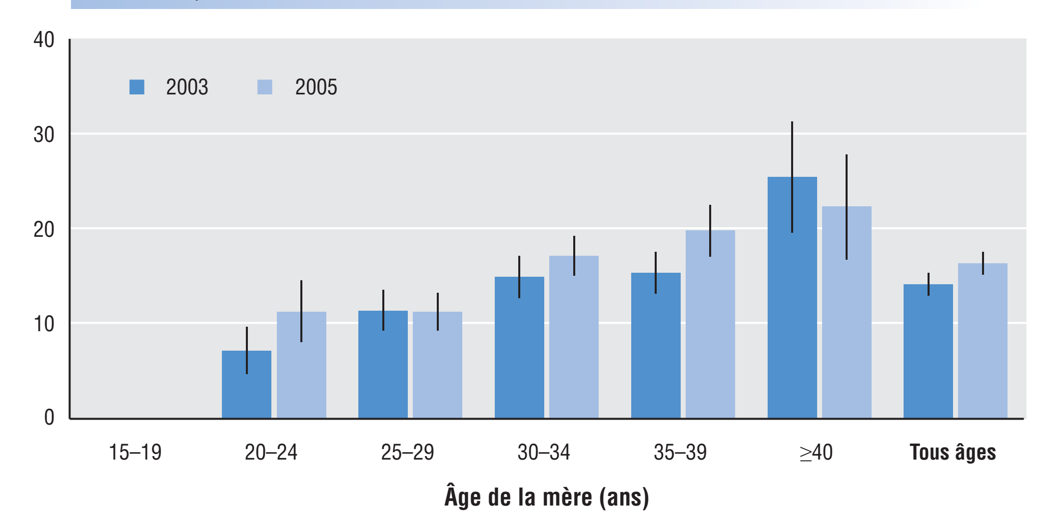


Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

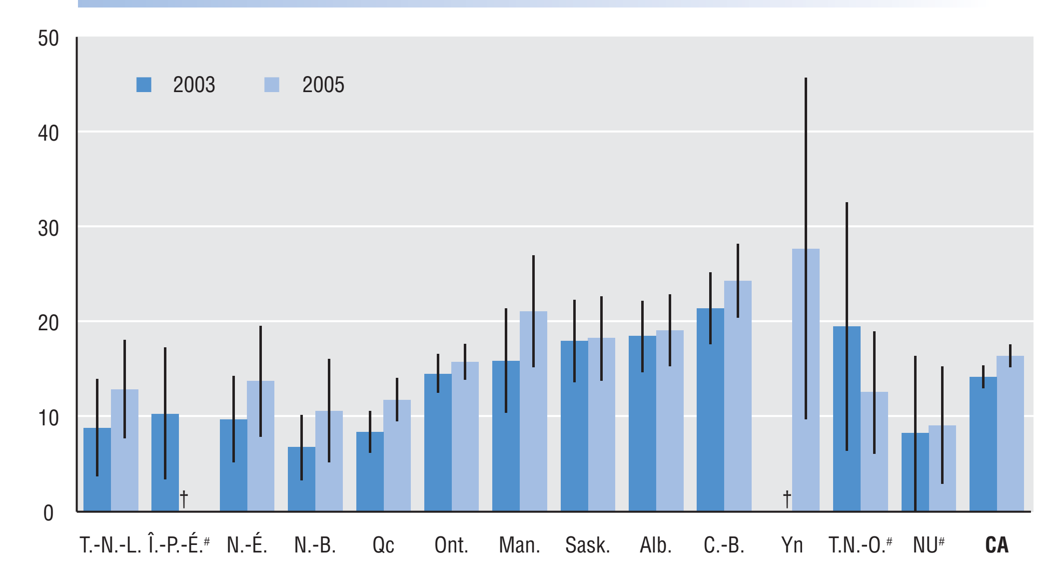
IC—intervalle de confiance

FIGURE 4.3 **Taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois ou plus, selon l'âge de la mère**
Canada, 2003 et 2005



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005.
Prière de noter que les taux d'allaitement maternel exclusif ne sont pas disponibles pour la période de 2000–2001.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », les refus de répondre et les femmes qui allaitaient toujours exclusivement.
† Les estimations ne sont pas indiquées parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 4.4 **Taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois ou plus, selon la province/le territoire**
Canada, 2003 et 2005



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », les refus de répondre et les femmes qui allaitaient toujours exclusivement.
† Les estimations ne sont pas indiquées parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

L'information tirée de l'ESCC provient de mères qui se rappellent leurs grossesses jusqu'à cinq ans avant l'enquête, ce qui peut avoir un effet sur l'exactitude de l'information obtenue.

Références

1. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et coll. (PROBIT Study Group). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001;285(4):413–20.

2. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet.* 1992;339(8788):261–4.

3. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002;1. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.

4. Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, et coll. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet.* 2006, 368(9541):1067–76.

5. Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(8)(5 Suppl):S142–S146.

6. Société canadienne de pédiatrie; Les Diététistes du Canada; Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 1998.

7. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.* Genève : OMS; 2003.

8. Organisation mondiale de la Santé. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité—Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE.* Genève : OMS; 1989.

5. Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle

Joan Lindsay et Jane Evans

Le taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle s'entend du nombre de femmes qui ont pris des suppléments vitaminiques d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle par rapport au nombre total des femmes enceintes (à un endroit et à un moment donnés).

La prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle réduit considérablement le risque d'anomalies du tube neural (ATN), dont le spina bifida et l'anencéphalie sont les plus fréquentes[1–4]. C'est pourquoi on recommande actuellement que toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes prennent une multivitamine quotidienne contenant 0,4 mg d'acide folique et suivent une alimentation saine et bien équilibrée basée sur le *Guide alimentaire canadien*[5]. Les données indiquent que la prise de suppléments de multivitamines contenant de l'acide folique en période périconceptionnelle peut aussi réduire le risque d'autres anomalies congénitales comme les malformations cardiovasculaires et des membres[6], mais des recherches plus poussées s'imposent.

Afin de surmonter les difficultés qui se posent pour l'atteinte de la dose optimale de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle par l'intermédiaire des campagnes d'éducation publique seulement, plusieurs pays ont commencé à enrichir les aliments avec de l'acide folique. Au Canada, l'enrichissement des aliments est devenu obligatoire en novembre 1998[7]. On a établi un lien entre l'enrichissement de la farine blanche, des pâtes et de la semoule de maïs vendues au Canada et une diminution des taux d'ATN qui pourrait atteindre 42 %[8,9].

On a estimé les taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle à partir de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Dans la question de l'ESCC, on demandait seulement si une femme avait pris un supplément vitaminique contenant de l'acide folique avant de découvrir qu'elle était enceinte. Cette réponse indique probablement que l'on a pris des suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle, étant donné particulièrement que l'on détermine souvent qu'il y a grossesse deux à quatre semaines après la conception.

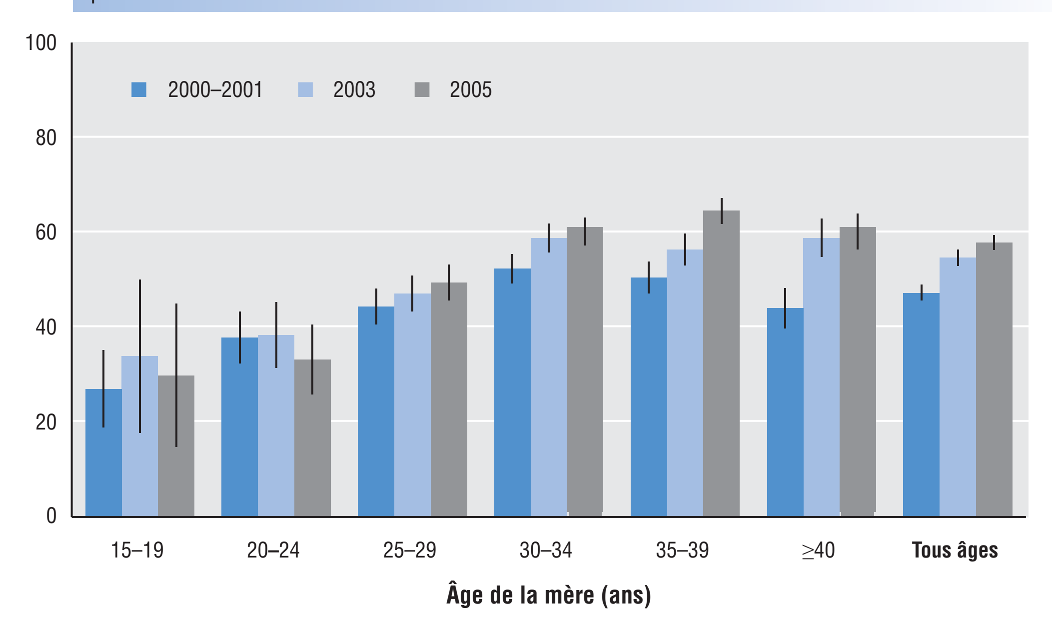
Résultats

- Entre 2000–2001 et 2005, les taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle ont augmenté. En 2005, 57,8 % des femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédentes ont déclaré avoir pris des suppléments d'acide folique avant de découvrir qu'elles étaient enceintes, comparativement à 47,2 % en 2000–2001.
- Les mères plus jeunes étaient moins susceptibles de prendre des suppléments d'acide folique : en 2005, 29,8 % des mères de moins de 20 ans ont déclaré avoir pris des suppléments d'acide folique, comparativement à 64,5 % des mères âgées de 35 à 39 ans et à 60,1 % des mères âgées de 30 à 34 ans, sans oublier celles qui avaient 40 ans et plus (figure 5.1).
- Les taux déclarés de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle ont varié selon la province/le territoire. En 2005, ils ont varié de minimums de 37,5 % (IC à 95 % : 22,6–52,3) au Nunavut et 44,0 % (IC à 95 % : 30,4–57,50) dans les Territoires du Nord-Ouest à des maximums de 67,7 % (IC à 95 % : 49,1–86,2) et 64,0 % (IC à 95 % : 59,6–68,3) au Yukon et en Colombie-Britannique respectivement (figure 5.2).

FIGURE 5.1 **Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle, selon l'âge de la mère**

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir pris de l'acide folique avant de découvrir qu'elles étaient enceintes



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

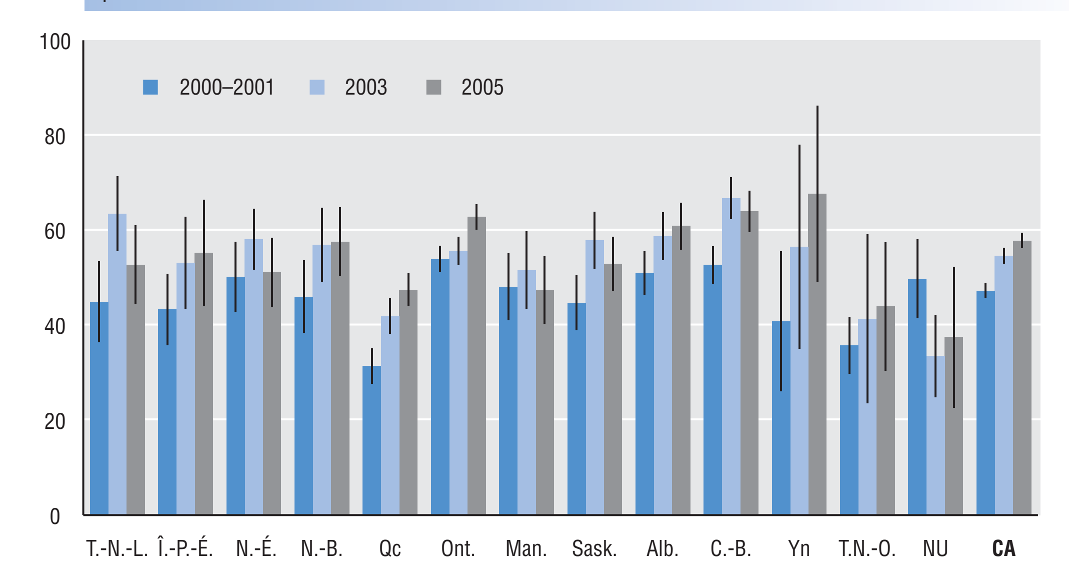
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 5.2 **Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle, selon la province/le territoire**

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir pris de l'acide folique avant de découvrir qu'elles étaient enceintes



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Dans la question de l'ESCC, on a demandé seulement si une femme avait pris un supplément de vitamine contenant de l'acide folique avant de découvrir qu'elle était enceinte. Des mères ont déclaré avoir pris des suppléments d'acide folique jusqu'à cinq ans avant l'enquête, ce qui a pu avoir une incidence sur la fidélité de leur mémoire. On ne sait pas si les suppléments d'acide folique étaient à la concentration quotidienne recommandée.

Références

1. Botto LD, Moore CA, Khoury MJ, Erickson JD. Medical progress: neural-tube defects. *N Engl J Med.* 1999;341(2):1509–19.

2. MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet.* 1991;338(8760):131–7.

3. Czeizel AE, Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med.* 1992;327(26):1832–5.

4. Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Li S, Moore CA, Wang H, et coll. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. *N Engl J Med.* 1999;341(20):1485–90.

5. Agence de la santé publique du Canada. *Pourquoi toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes devraient prendre de l'acide folique* [Internet]. Ottawa : ASPC; 2003 [cité le 12 décembre 2007]. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/fa/af/index_f.html

6. Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(8):680–9.

7. Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (1066). *Gazette du Canada, Partie II.* 1998;132(24):3029–33. N° d'enregistrement : DORS/98–550.

8. Ray JG, Meier C, Vermeulen MF, Boss S, Wyatt PR, Cole DEC. Association of neural tube defects and folic acid food fortification in Canada. *Lancet.* 2002;360(9350):2047–8.

9. De Wals P, Tairou F, Van Allen MI, Uh SH, Lowry RB, Sibbald B, et coll. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. *N Engl J Med.* 2007;357(2):135–42.

6. Taux de sous-scolarisation de la mère

Joan Lindsay et Patricia O'Campo

Le taux de sous-scolarisation de la mère s'entend du nombre de femmes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires et ont donné naissance à un enfant vivant par rapport au nombre total des femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant (à un endroit et à un moment donnés).

On a observé un lien constant entre la sous-scolarisation de la mère et certaines répercussions défavorables sur la santé périnatale. Ainsi, les taux de prématurité, d'hypotrophie néonatale, de mortinatalité et de mortalité infantile sont plus élevés chez les femmes peu scolarisées[1–3]. Les mécanismes qui font que la scolarisation de la mère finit par avoir une incidence sur la santé périnatale sont complexes et comportent souvent des variables comme l'âge de la mère, l'utilisation des soins de santé, des facteurs économiques comme la pauvreté et le faible revenu, des facteurs sociaux et la prévalence de comportements à risque, comme le tabagisme maternel[4–6].

On a estimé le taux de sous-scolarisation de la mère (et son lien avec certains déterminants de la santé en particulier) à partir de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Résultats

- Entre 2000–2001 et 2005, le pourcentage des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires et qui ont donné naissance a diminué (figure 6.1). En 2000–2001, 13,4 % des mères qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes n'avaient pas terminé leurs études secondaires, comparativement à 8,4 % en 2005. En 2000–2001, 56,9 % des mères avaient un diplôme d'études collégiales ou universitaires, comparativement à 69,6 % en 2005.
- Les taux déclarés des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires ont varié selon la province ou le territoire. En 2005, ils ont oscillé entre un minimum de 5,5 % (IC à 95 % : 3,3–7,7) en Colombie-Britannique et un maximum de 45,4 % (IC à 95 % : 32,3–58,4) au Nunavut (figure 6.2).
- Il y avait de solides liens entre la scolarisation de la mère et le tabagisme maternel, l'exposition à la fumée secondaire et la consommation d'alcool pendant la grossesse au cours des trois enquêtes ESCC (données de 2005 seulement présentées). En 2005, 39,0 % (IC à 95 % : 34,0–43,9) des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires avaient fumé au cours de la période prénatale comparativement à 8,9 % (IC à 95 % : 8,0–9,9) de celles qui avaient un diplôme d'études collégiales ou universitaires (figure 6.3). Les tendances de l'exposition de la mère à la fumée secondaire étaient semblables : 38,1 % (IC à 95 % : 32.7–43,4) des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires et seulement 9,4 % (IC à 95 % : 8,3–10,4) de celles qui avaient un diplôme d'études collégiales ou universitaires étaient touchées. Le lien entre la scolarisation de la mère et l'exposition prénatale à l'alcool jouait dans le sens contraire. En 2005, 7,5 % (IC à 95 % : 4,8–10,1) des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la période prénatale, comparativement à 11,4 % (IC à 95 % : 10,2–12,6) des mères qui avaient un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

- On a aussi établi un lien entre les taux d'initiation de l'allaitement maternel et d'allaitement maternel exclusif et les niveaux de scolarisation de la mère. En 2005, 71,6 % (IC à 95 % : 66,4–76,8) des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires ont commencé à allaiter, comparativement à 90,3 % (IC à 95 % : 89,1–91,4) des titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires (figure 6.4). Le pourcentage des femmes qui allaitaient exclusivement à six mois était aussi moins élevé chez les femmes moins scolarisées.
- La prise de suppléments d'acide folique a augmenté en général en fonction de la scolarisation de la mère. En 2005, 34,3 % (IC à 95 % : 28,8–39,7) des mères qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires ont pris des suppléments d'acide folique avant de découvrir qu'elles étaient enceintes, comparativement à 64,4 % (IC à 95 % : 62,4–66,4) des titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires (figure 6.4). Ces constatations concordent avec la recherche qui a démontré que la scolarisation de la mère constitue un solide prédicteur à la fois de la connaissance et de l'utilisation de l'acide folique[7], ainsi qu'avec une étude qui établit un lien entre les anomalies du tube neural (contre lesquelles la prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle joue un rôle protecteur) en fonction de la faible scolarisation de la mère[8].

FIGURE 6.1 Taux de scolarisation de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.

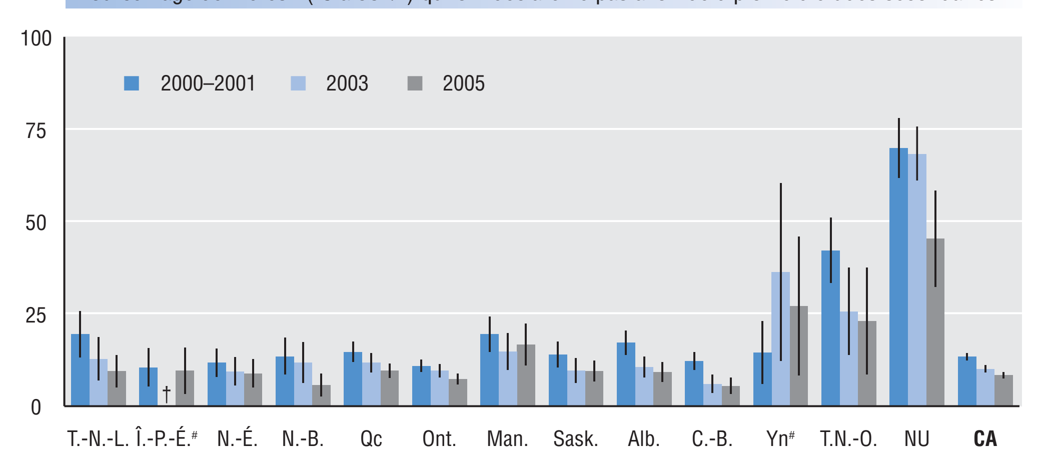
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 6.2 Taux de scolarisation de la mère qui n'atteint pas le diplôme d'études secondaires, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré ne pas avoir de diplôme d'études secondaires

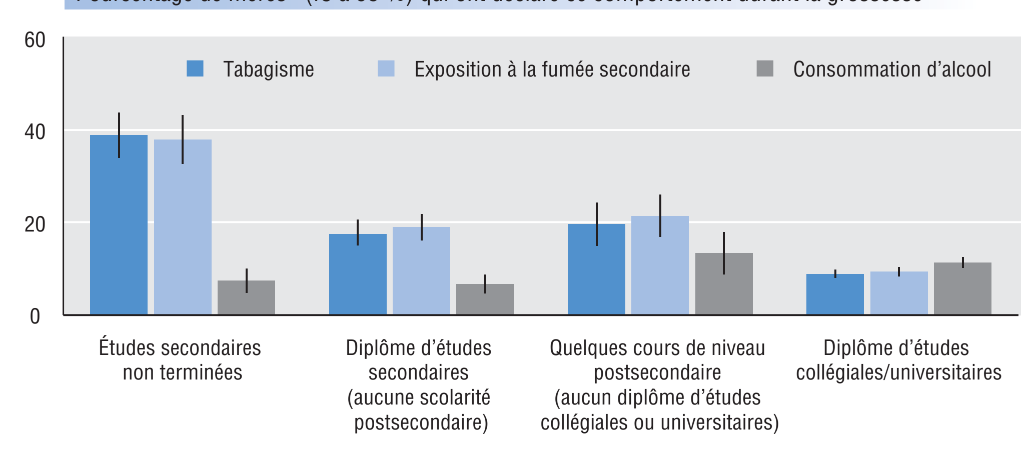


Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
† L'estimation n'est pas indiquée parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage au niveau des données de 2005 pour l'Île-du-Prince-Édouard, et des données de 2003 et de 2005 pour le Yukon.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 6.3 Taux de tabagisme maternel, d'exposition à la fumée secondaire et de consommation d'alcool durant la grossesse, selon le niveau de scolarisation de la mère

Canada, 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré ce comportement durant la grossesse

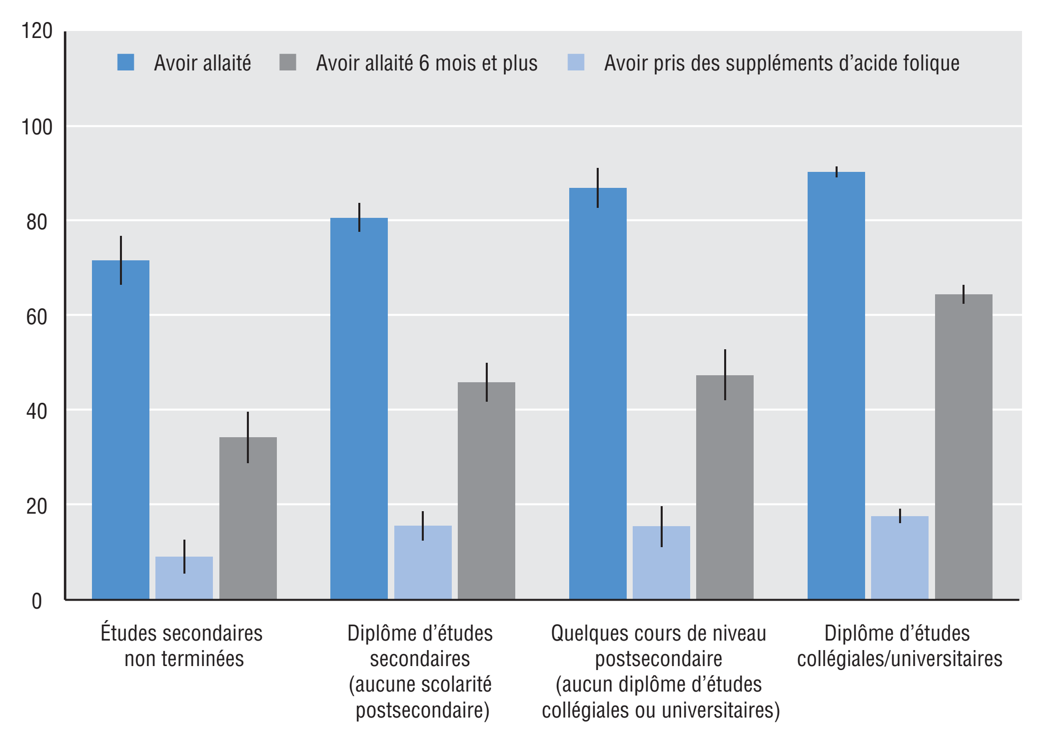


Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 6.4 **Taux d'allaitement maternel et de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle, selon le niveau de scolarisation de la mère**

Canada, 2005

Pourcentage de mères* (IC à 95 %) qui ont déclaré avoir allaité, avoir allaité six mois et plus, avoir pris des suppléments d'acide folique



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.

* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Le fait de savoir que fumer et boire pendant la grossesse peuvent avoir des effets indésirables sur l'issue de celle-ci et la santé de l'enfant peut avoir incité des mères à sous-déclarer leurs habitudes de consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse[9,10]. Les mères ont déclaré leur niveau de scolarisation et divers comportements pendant la grossesse jusqu'à cinq ans avant l'enquête, ce qui peut avoir eu un effet sur la fidélité de leur mémoire. Dans l'ESCC, on a demandé seulement si une femme avait pris des suppléments de vitamine contenant de l'acide folique avant de découvrir qu'elle était enceinte. On ne sait pas si les suppléments d'acide folique étaient à la concentration quotidienne recommandée. En ce qui a trait à la fumée secondaire, on a demandé dans l'ESCC seulement si quelqu'un fumait régulièrement en présence de la mère durant sa grossesse ou pendant environ six mois après celle-ci.

Références

1. Claussen B, Cnattingius S, Axelsson O. Preterm and term births of small for gestational age infants: a population-based study of risk factors among nulliparous women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(9):1011–7.

2. Chen J, Fair M, Wilkins R, Cyr M (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. *Rapports sur la santé.* 1998;10(2):53–64.

3. Kramer MS, McLean FH, Eason EL, Usher RH. Maternal nutrition and spontaneous preterm birth. *Am J Epidemiol.* 1992;136(5):574–83.

4. Sharma RK. Causal pathways to infant mortality: linking social variables to infant mortality through intermediate variables. *J Health Soc Policy.* 1998;9(3):15–28.

5. D'Ascoli PT, Alexander GR, Petersen DJ, Kogan MD. Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization. *J Perinatol.* 1997;17(4):283–7.

6. Spencer N. Maternal education, lone parenthood, material hardship, maternal smoking, and longstanding respiratory problems in childhood: testing a hierarchical conceptual framework. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(10):842–6.

7. de Jong-van den Berg LT, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Louik C, Mitchell AA. Trends and predictors of folic acid awareness and periconceptional use in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(1):121–8.

8. Farley TF, Hambridge SJ, Daley MF. Association of low maternal education with neural tube defects in Colorado, 1989–1998. *Public Health.* 2002;116(2):89–94.

9. Office of the Surgeon General. Health consequences of tobacco use among women, reproductive outcomes. Dans : *Women and Smoking.* Rockville (Maryland) : Département de la Santé et des Services humains des É.-U.; 2001. p. 272–307.

10. Stoler JM, Huntington KS, Peterson CM, Peterson KP, Daniel P, Aboagye KK, et coll. The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers. *J Pediatr.* 1998;133(3):346–52.

■ 7. Taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes

Ling Huang et Cathy Kimak

Le taux de naissances vivantes selon l'âge chez les mères adolescentes s'entend du nombre de naissances vivantes chez les mères âgées de 10 à 14 ans, de 15 à 17 ans ou de 18 et 19 ans pour 1 000 femmes de la même catégorie d'âge (à un endroit et à un moment donnés). Un indicateur connexe, soit la proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes, désigne le nombre d'enfants nés vivants de mères âgées de 10 à 14 ans, de 15 à 17 ans ou de 18 et 19 ans, par rapport à l'ensemble des naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés).

Même si les taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes reculent depuis les années 1990[1,2], la maternité chez les adolescentes demeure un problème important de santé publique lorsqu'on l'associe avec diverses répercussions indésirables pour la santé maternelle et infantile. Le faible gain de poids et l'anémie chez la mère sont au nombre des problèmes de santé que l'on signale au cours des grossesses d'adolescentes[3,4]. Les mères adolescentes risquent deux fois plus que les mères adultes d'avoir un bébé de faible poids à la naissance ou prématuré[3,4]. Les taux de mortalité néonatale et maternelle chez les mères adolescentes sont presque trois fois et deux fois plus élevés respectivement, même si ces risques peuvent être les plus importants chez les adolescentes les plus jeunes[3]. Les mères adolescentes sont plus susceptibles de moins étudier ou de mettre fin à leurs études prématurément[2,3]. Beaucoup de facteurs contribuent aux issues défavorables associées à la grossesse chez les adolescentes, notamment un environnement social désavantagé[5], l'immaturité biologique[6], la probabilité accrue de privation sociale, les soins prénataux inadéquats, la violence physique et sexuelle, la consommation de drogues et le tabagisme[4,7].

Il faut établir une distinction entre les taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes et les taux de grossesses chez les adolescentes qui incluraient aussi les avortements spontanés et provoqués, les grossesses ectopiques et les mortinaissances.

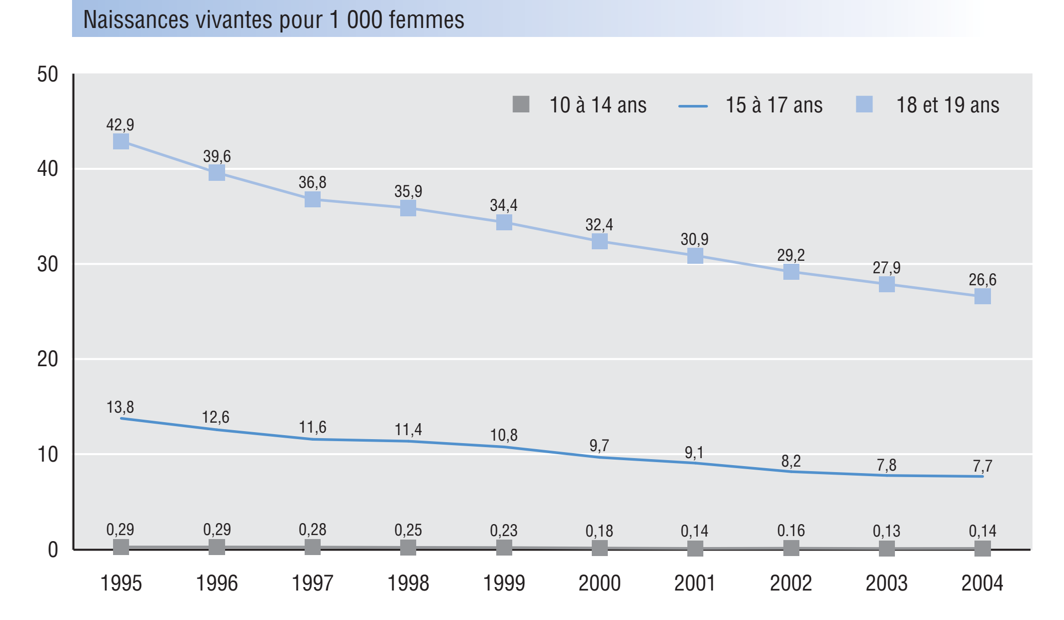
On a calculé les taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Le taux de naissances vivantes a diminué régulièrement chez tous les groupes d'adolescentes au cours de la période de 1995 à 2004. Chez les mères adolescentes âgées de 10 à 14 ans, de 15 à 17 ans et de 18 et 19 ans, les taux de naissances selon l'âge sont tombés de 0,29, 13,8 et 42,9 pour 1 000 femmes respectivement en 1995 à 0,14, 7,7 et 26,6 respectivement en 2004. Les reculs les plus importants se sont produits chez les groupes d'âge plus jeunes. Le taux de natalité chez les adolescentes de 10 à 14 ans a diminué de plus de 50 % (figure 7.1). La proportion des naissances vivantes chez les mères adolescentes a diminué aussi dans tous les groupes d'âge entre 1995 et 2004. Le pourcentage global des naissances vivantes chez les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans est passé de 6,8 % en 1995 à 4,8 % en 2004 (figure 7.2).
- En 2004, les taux de naissances vivantes chez les adolescentes ont varié considérablement selon la région géographique. Chez les adolescentes de 10 à 17 ans, les taux de naissances vivantes selon la province ou le territoire ont varié de 1,5 (IC à 95 % : 1,4–1,6) pour 1 000 femmes au Québec à 34,6 (IC à 95 % : 27,8–42,5) au Nunavut. Chez les 18 et 19 ans, les taux de naissances vivantes ont varié de 17,6 (IC à 95 % : 16,5–18,7) pour 1 000 femmes en Colombie-Britannique jusqu'à 169,9 (IC à 95 % : 139,7–203,7) au Nunavut (figure 7.3). On a aussi observé des variations géographiques au niveau du pourcentage des naissances vivantes chez des mères adolescentes.

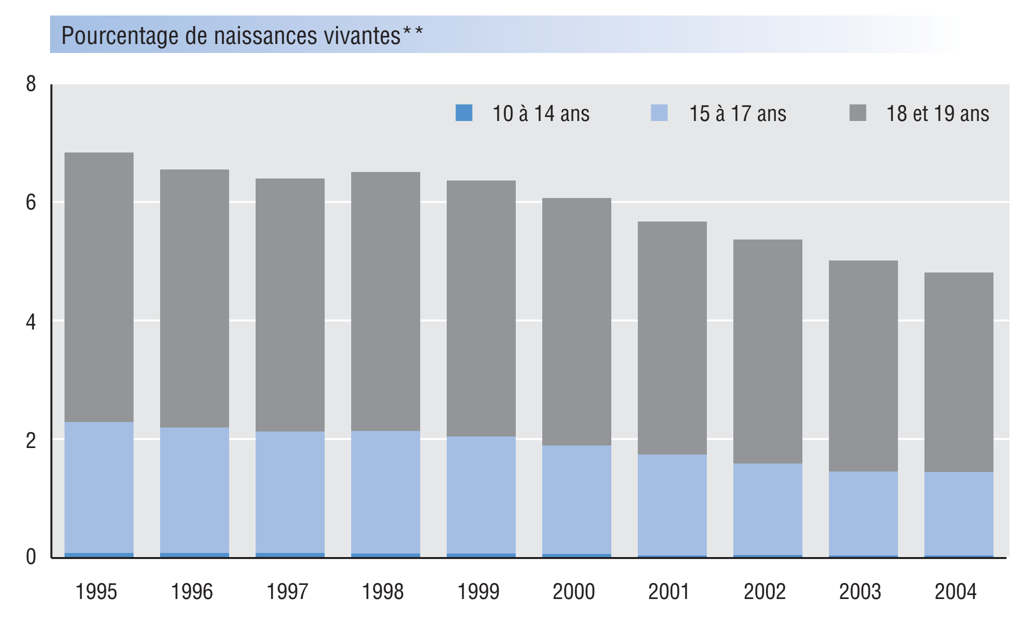
En 2004, le Nunavut affichait le pourcentage global le plus élevé de naissances vivantes chez les mères adolescentes à 24,4 % (IC à 95 % : 21,3–27,6), tandis que le Québec enregistrait le plus faible à 3,1 % (IC à 95 % : 3.1–3,3) (figure 7.4).

FIGURE 7.1 **Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 10 à 14 ans, 15 à 17 ans, 18 et 19 ans**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

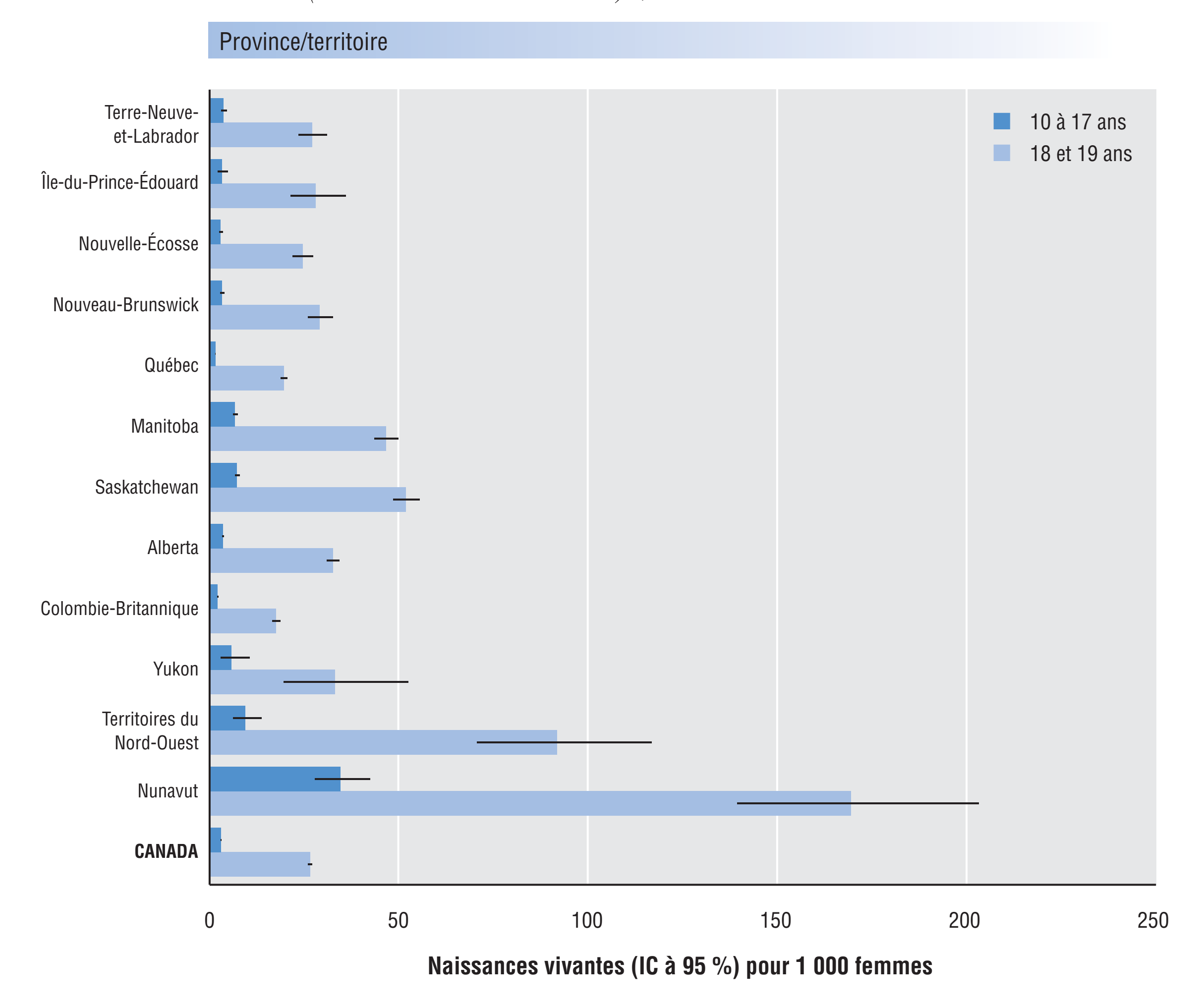
FIGURE 7.2 **Proportion (%) des naissances vivantes chez les mères adolescentes (10 à 19 ans)**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à *l'annexe H.*
** Exclut les naissances vivantes chez les mères de 50 ans et plus et chez celles dont on ne connaît pas l'âge.

FIGURE 7.3 **Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 10 à 19 ans, selon la province/le territoire**

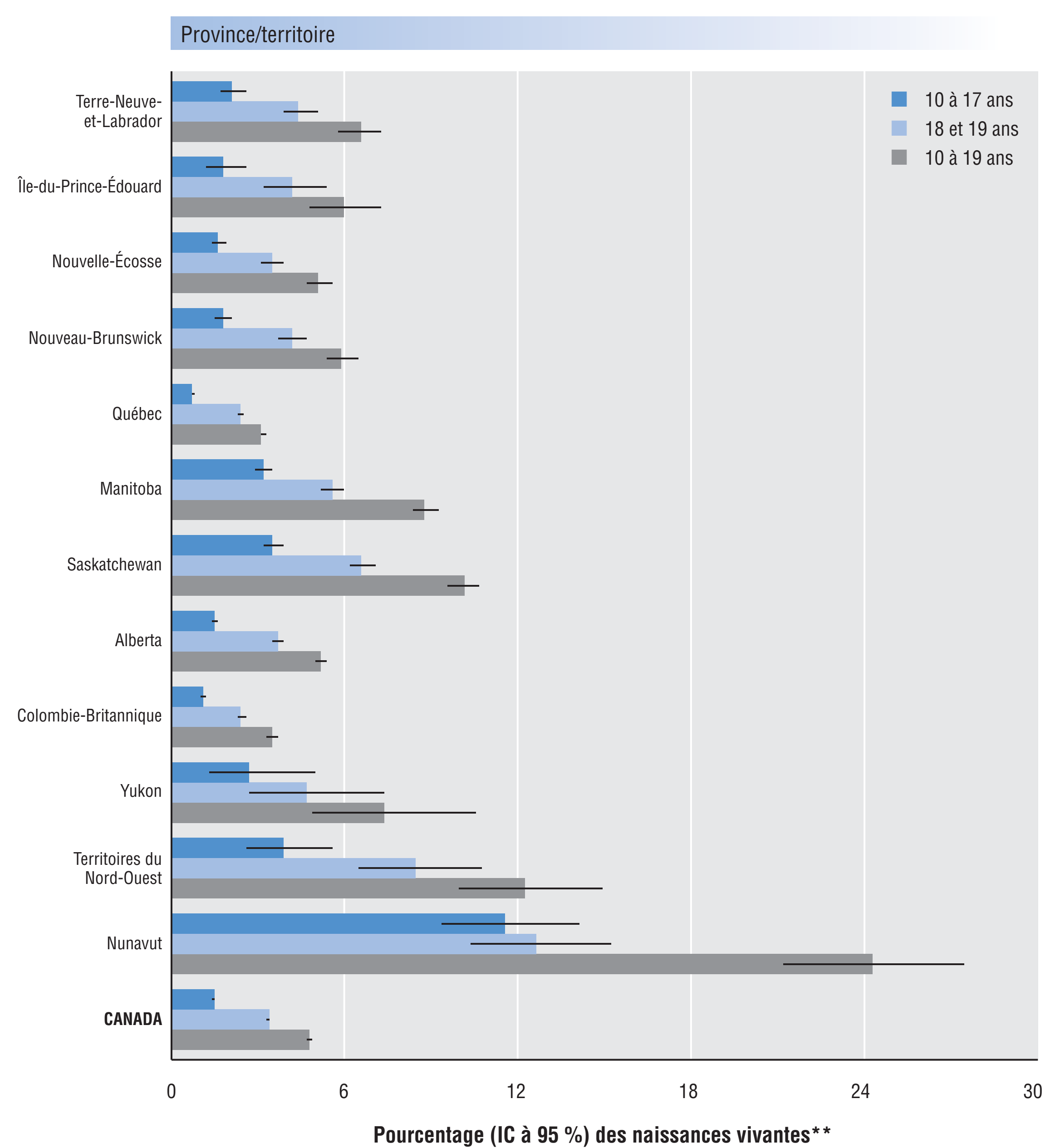
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, nº 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à *l'annexe H.*
IC—intervalle de confiance

FIGURE 7.4 **Proportion (%) des naissances vivantes chez les mères adolescentes (10 à 19 ans), selon la province/le territoire**

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à *l'annexe H.*
** Excluent les naissances vivantes chez les mères de 50 ans et plus et chez celles dont on ne connaît pas l'âge.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

Les données sur l'âge de la mère proviennent des déclarations des naissances. Dans un faible pourcentage d'enregistrements, l'âge de la mère n'était pas indiqué. Les statistiques ci-dessus n'incluent pas les naissances déclarées en retard, les mortinaissances, les grossesses ectopiques et les grossesses qui se sont terminées par un avortement. Ces taux ne reflètent donc pas le nombre total de grossesses chez les adolescentes. De faibles différences au niveau du nombre de femmes dans la population ont surgi entre l'édition actuelle du *Rapport sur la santé périnatale* et la précédente parce qu'on a utilisé des estimations différentes de la population. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

Références

1. Ventura SJ, Mathews TJ, Hamilton BE. Births to teenagers in the United States, 1940–2000. *Natl Vital Stat Rep.* 2001;49(10):1–23.

2. Rotermann M. Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescentes. *Rapports sur la santé.* 2007;18(1):39–42.

3. Klein JD; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics.* 2005;116(1):281–6.

4. Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent; Département de la santé et de la recherche génésique (Organisation mondiale de la Santé). *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development.* Genève : OMS; 2004.

5. Strobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, Nanda J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Am J Epidemiol.* 1995;142(5):504–14.

6. Scholl TO, Hediger ML, Huang J, Johnson FE, Smith W, Ances IG. Young maternal age and parity. Influences on pregnancy outcome. *Ann Epidemiol.* 1992;2(5):565–75.

7. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep.* 1993;108 Suppl 1:90–6.

8. Taux de naissances vivantes chez les mères plus âgées

Ling Huang, Cathie Royle et Madeline Boscoe

Le taux de naissances vivantes chez les mères plus âgées s'entend du nombre de naissances vivantes chez les femmes de chacun des trois groupes d'âge suivants, soit 35 à 39 ans, 40 à 44 ans ou 45 à 49 ans pour 1 000 femmes dans la même catégorie d'âge (à un endroit et à un moment donnés). Un indicateur connexe, soit la proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées, désigne le nombre d'enfants nés vivants de mères de ces trois groupes d'âge, par rapport à l'ensemble des naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés).

Au cours des dernières décennies, de plus en plus de femmes dans les pays industrialisés ont reporté la procréation à la fin de la trentaine ou même plus tard pour des raisons financières, sociales et autres. Au Canada, par exemple, le pourcentage des naissances vivantes chez les femmes âgées de 35 à 39 ans et de 40 à 44 ans est passé de 7,6 % et 0,9 % respectivement en 1991 à 12,4 % et 2,1 % en 2000[1]. On a observé un changement semblable dans d'autres pays industrialisés comme les États-Unis[2], le Royaume-Uni[3] et l'Australie[4]. Ce changement énorme de la tendance de la procréation est devenu un enjeu important de santé publique parce qu'il pourrait entraîner des augmentations de la morbidité maternelle, des interventions obstétriques et des issues indésirables de la grossesse.

Les femmes qui conçoivent à un âge plus avancé font face à des risques plus importants durant la grossesse et le travail. Les femmes d'un âge maternel avancé sont plus susceptibles d'avoir des maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète, d'avoir des problèmes de placenta au cours de la grossesse et une augmentation de l'aneuploïdie fœtale comparativement aux mères plus jeunes[2,5,6]. Les femmes plus âgées risquent davantage d'avoir une grossesse multiple, à la fois naturellement et parce qu'elles ont recours davantage aux techniques de procréation assistée (à cause de l'infécondité accrue)[7]. Il y a d'autres complications que l'on peut associer à la procréation tardive, comme le travail prolongé, l'accouchement par césarienne, le faible poids à la naissance, l'hypotrophie compte tenu de l'âge gestationnel, la prématurité, la mortinaissance et la mortalité périnatale ou la morbidité néonatale sérieuse[5,8].

Par ailleurs, les femmes plus âgées qui ont leur premier enfant sont souvent plus instruites et leur situation socioéconomique est meilleure[9]. Elles cherchent plus tôt à obtenir des soins prénataux et reçoivent des soins obstétriques de bonne qualité[9]. Comme on établit un lien entre une meilleure situation socioéconomique et une plus faible prévalence de facteurs de risque comme l'obésité avant la grossesse et le tabagisme durant celle-ci[10], les femmes plus âgées, et en particulier celles qui n'ont pas de problème chronique, ont en général une grossesse en santé et des bébés en bonne santé[11].

On a calculé les taux de naissances vivantes chez les mères plus âgées à partir des statistiques de l'état civil. Les données sur les naissances vivantes chez les mères âgées de 50 ans et plus n'étaient pas disponibles à cause du faible nombre de sujets.

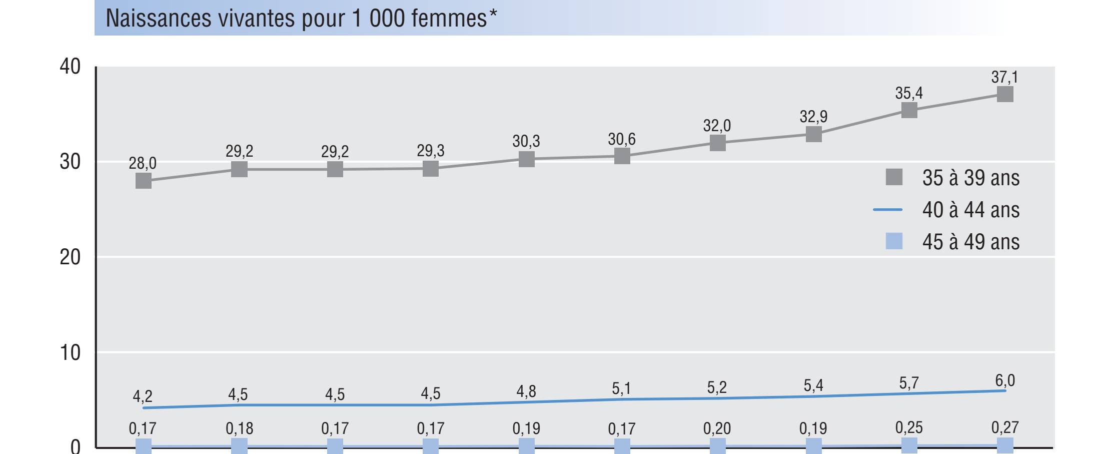
Résultats

- Entre 1995 et 2004, le taux des naissances vivantes chez les mères plus âgées a augmenté considérablement. Le taux des naissances vivantes chez les femmes âgées de 35 à 39 ans a augmenté de 32,5 % passant de 28,0 pour 1 000 femmes en 1995 à 37,1 en 2004. On a observé des augmentations encore plus importantes chez les groupes plus âgés. Les taux ont augmenté de 42,9 % passant de 4,2 à 6,0 pour 1 000 femmes chez les femmes âgées de 40 à 44 ans et de 58,8 % passant de 0,17 à 0,27 pour 1 000 femmes chez les femmes âgées de 45 à 49 ans (figure 8.1). Le pourcentage des naissances vivantes chez les mères âgées de 35 à 39 ans a aussi augmenté régulièrement pour passer de 9,8 % en 1995 à 12,9 % en 2004. Le pourcentage des naissances vivantes chez les femmes âgées de 40 à 49 ans est passé de 1,4 % à 2,6 % (figure 8.2).
- En 2004, le taux des naissances vivantes chez les mères âgées de 35 à 39 ans a varié selon la province ou le territoire, d'un minimum de 23,4 (IC à 95 % : 21,3–25,5) pour 1 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador à un maximum de 50,4 (IC à 95 % : 37,7–65,7) au Nunavut. Chez les 40 à 49 ans, on a observé le taux le plus faible au Nouveau-Brunswick, à 1,7 (IC à 95 % : 1,4–2,0) pour 1 000 femmes. La Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest affichaient le taux le plus élevé, à 4,5 pour 1 000 femmes (IC à 95 % : 4,3–4,7 et 2,5–7,4 respectivement) (figure 8.3). En 2004, la Colombie-Britannique a affiché le pourcentage le plus élevé de naissances vivantes chez les mères de 35 à 49 ans, à 21,5 % (IC à 95 % : 21,1–21,9) et le Nunavut a enregistré le plus faible à 7,5 % (IC à 95 % : 5,7–9,6) (figure 8.4). La situation relative du Nunavut au Canada en ce qui a trait à ces indices (taux de naissances vivantes le plus élevé chez les femmes plus âgées et pourcentage le plus faible de naissances vivantes chez des femmes plus âgées) reflète les taux élevés de fécondité chez tous les groupes d'âge dans ce territoire.

Limites des données

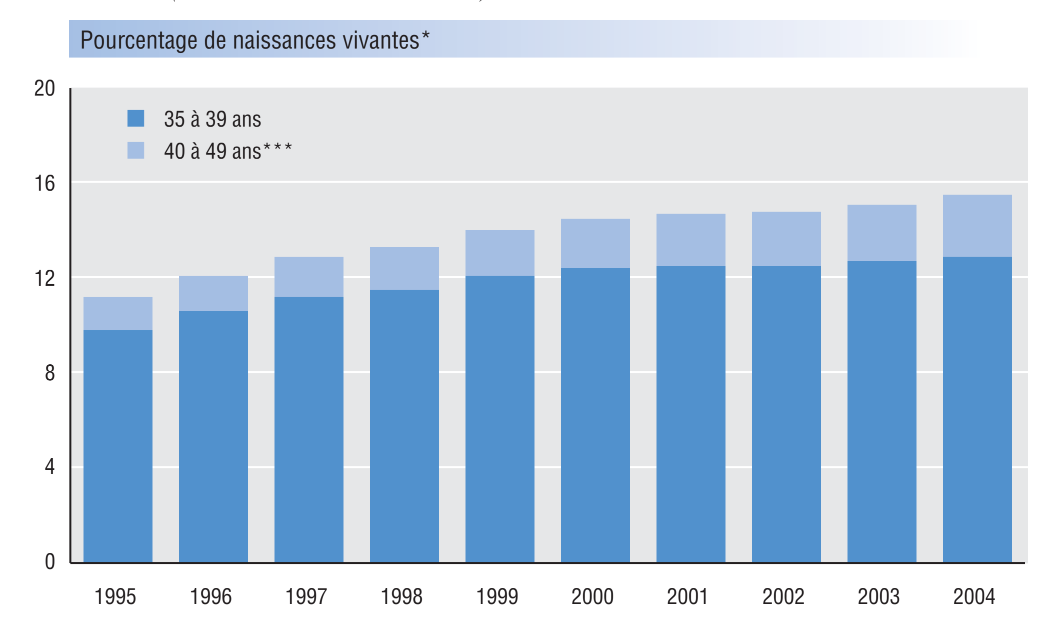
Les données sur l'âge de la mère proviennent des déclarations des naissances. Un faible pourcentage des déclarations n'indiquait pas l'âge de la mère. Les statistiques ci-dessus n'incluent pas les naissances déclarées tardivement, les mortinaissances, les grossesses ectopiques et les grossesses qui se sont terminées en avortement. C'est pourquoi ces taux ne sont pas nécessairement représentatifs du taux de grossesses chez les mères plus âgées. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

FIGURE 8.1 **Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 35 à 49 ans***
*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005*. Division de la démographie, nº 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Les données sur les naissances vivantes chez les mères âgées de 50 ans et plus n'étaient pas disponibles à cause de leur faible nombre; exclut les naissances vivantes chez les mères dont on ne connaît pas l'âge.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

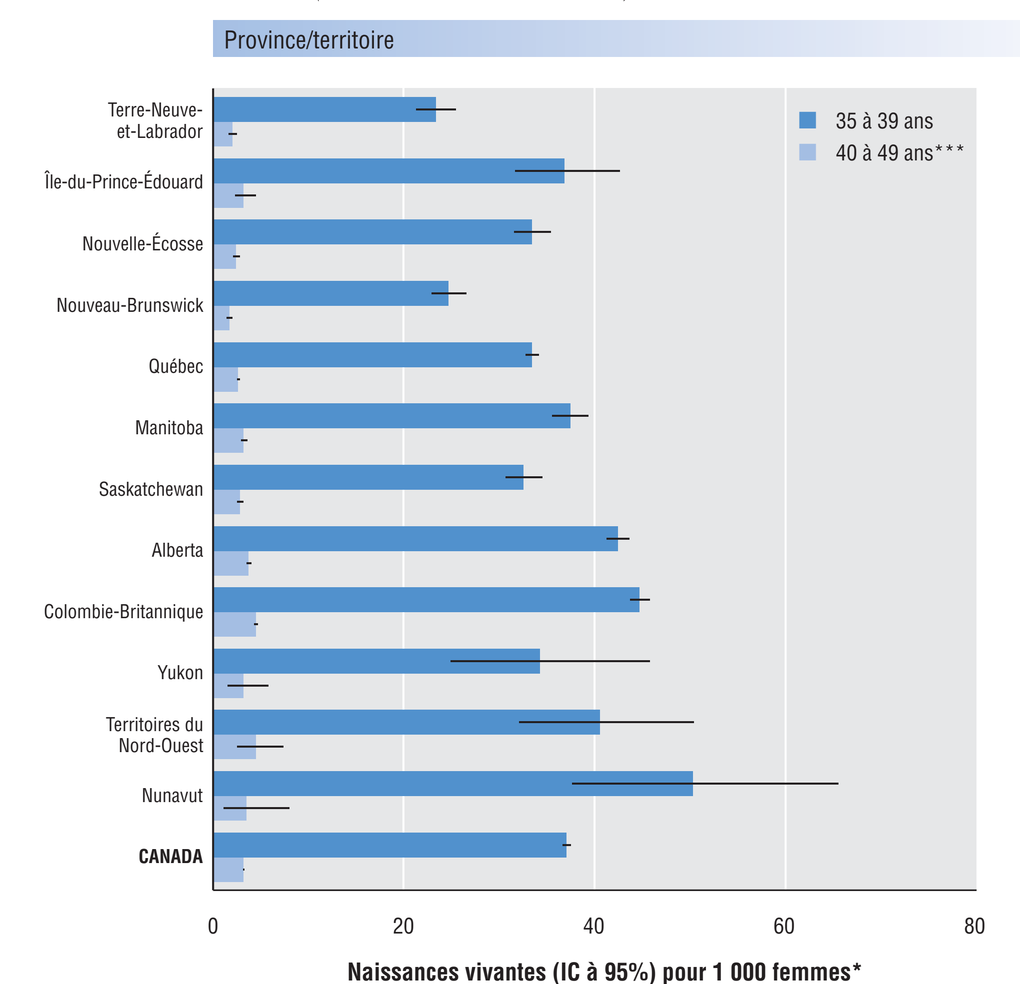
FIGURE 8.2 **Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères âgées de 35 à 49 ans***
*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Il n'y avait pas de données sur les naissances vivantes chez les mères âgées de 50 ans et plus à cause de leur faible nombre; exclut les naissances vivantes chez les mères dont on ne connaît pas l'âge.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
*** On a combiné les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans à cause du faible nombre de sujets.

FIGURE 8.3 **Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 35 à 49 ans*, selon la province/le territoire**

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*



Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005*. Division de la démographie, nº 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.

* Il n'y avait pas de données disponibles sur les naissances vivantes chez les mères de 50 ans et plus parce qu'elles sont peu nombreuses; exclut les naissances vivantes de mères dont on ne connaît pas l'âge.

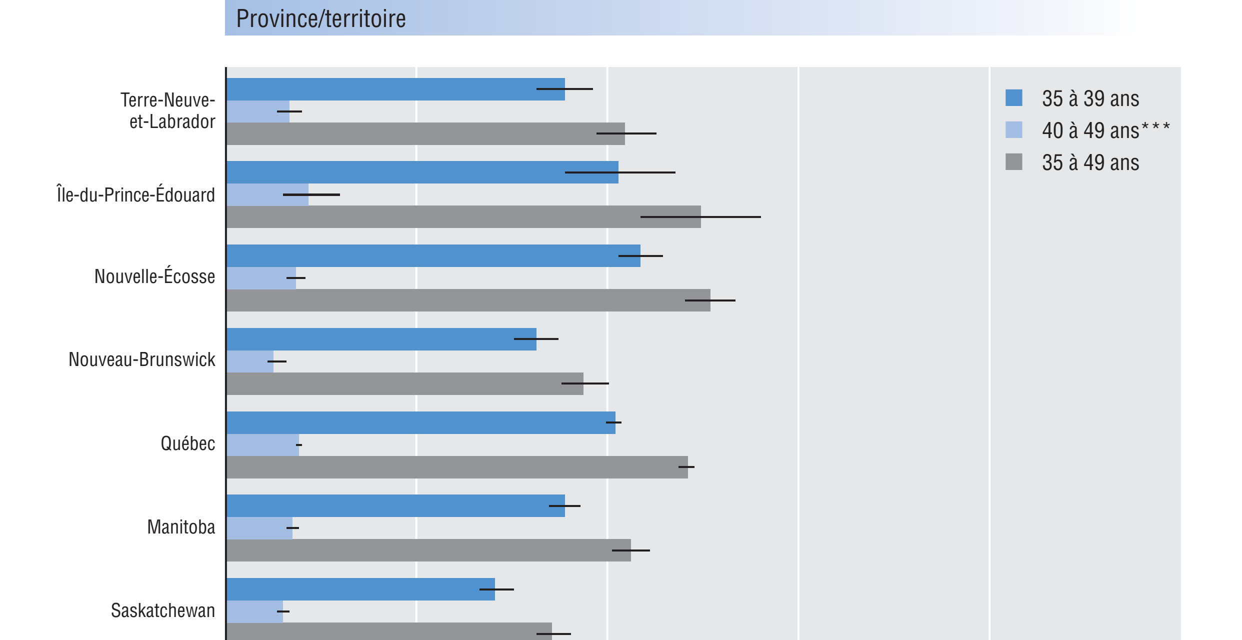
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

*** On a combiné les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans à cause du faible nombre de sujets.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 8.4 **Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères âgées de 35 à 49 ans*, selon la province/le territoire**

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.

* Il n'y avait pas de données disponibles sur les naissances vivantes chez les mères de 50 ans et plus parce qu'elles sont peu nombreuses; exclut les naissances vivantes chez les mères dont on ne connaît pas l'âge.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

*** On a combiné les groupes d'âge à 40 à 44 ans et 45 à 49 ans à cause du faible nombre de sujets.

IC—intervalle de confiance

Références

1. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2003.

2. Heffner LJ. Advanced maternal age—how old is too old? *N Engl J Med.* 2004;351(19):1927–9.

3. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. *Perinatal Mortality 2005: England, Wales and Northern Ireland.* CEMACH : Londres; 2007.

4. Laws PJ, Abeywardana S, Walker J, Sullivan EA. *Australia's mothers and babies 2005.* Perinatal Statistics Series No.: 20. Catalogue No.: PER 40. Sydney : AIHW National Perinatal Statistics Unit; 2007.

5. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol.* 2005;105(6):1410–8.

6. Harper PS. *Practical Genetic Counselling,* 5e édition. Boston : Butterworth Heinemann; 1998.

7. Lynch A, McDuffie R, Murphy J, Faber K, Leff M, Orleans M. Assisted reproductive interventions and multiple birth. *Obstet Gynecol.* 2001;97(2):195–200.

8. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod.* 2000;15(11):2433–7.

9. Neumann M, Graf C. Pregnancy after age 35. Are these women at high risk? *AWHONN Lifelines.* 2003;7(5):422–30.

10. Olsen J, Frische G. Social differences in reproductive health: A study on birth weight, stillbirths and congenital malformations in Denmark. *Scand J Soc Med.* 1993;21(2):90–7.

11. Dildy GA, Jackson GM, Fowers GK, Oshiro BT, Varner MW, Clark SL. Very advanced maternal age: pregnancy after age 45. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(3 Pt 1):668–74.

Services de santé

9. Taux de déclenchement du travail

Shiliang Liu, Robert Liston et William Fraser

Le taux de déclenchement du travail s'entend du nombre de femmes qui accouchent et dont le travail a été déclenché par des moyens médicaux ou chirurgicaux (avant le début du travail) par rapport au nombre total de femmes qui accouchent (à un endroit et à un moment donnés).

Le déclenchement du travail est une pratique généralisée qui vise à éviter des problèmes obstétriques indésirables et leurs séquelles chez les femmes et leur nourrisson. Il est possible de provoquer le travail médicalement à l'aide de diverses techniques pharmacologiques, notamment en administrant de l'oxytocine et de la prostaglandine[1]. On peut aussi le déclencher par voie chirurgicale chez les femmes hospitalisées en provoquant la rupture artificielle des membranes : c'est ce qu'on appelle l'amniotomie[1]. Il y a plus de chances qu'on déclenche le travail chez les femmes qui ont le diabète, de l'hypertension chronique, une maladie pulmonaire ou rénale et des complications obstétriques comme l'éclampsie, l'hypertension gravidique et la rupture prématurée des membranes que chez les femmes qui n'ont pas ces problèmes[2]. Même si l'on considère en général que le déclenchement du travail est sans danger, on y a associé des problèmes comme le travail prolongé, la chorioamnionite, les circulaires du cordon (c.-à-d. l'enroulement du cordon ombilical autour du cou du fœtus), la césarienne, la mort fœtale, l'admission à l'unité néonatale des soins intensifs, l'hémorragie postnatale précoce, la rupture de l'utérus (en particulier chez les femmes qui ont déjà accouché par césarienne) et les complications cardiovasculaires chez la mère[1,3–5].

Environ 20 % des accouchements sont actuellement précédés par un déclenchement du travail dans beaucoup de pays industrialisés, y compris le Canada[5,6]. L'augmentation récente des taux de déclenchement, en particulier dans le cas des naissances prématurées, marque un virage dans la prise en charge obstétrique de la grossesse[2]. Les définitions et l'importance relative des diverses indications en faveur du déclenchement du travail varient toutefois selon les obstétriciens, les services d'obstétrique et les pays. La grossesse prolongée ou postmaturée, par exemple, constitue probablement l'indication la plus courante dans un grand nombre d'unités d'obstétrique, mais les définitions peuvent inclure toute gestation de plus de 40, 41 ou 42 semaines complétées[4,5]. Des obstétriciens croient que l'état du col devrait déterminer le moment de l'accouchement, en particulier lorsqu'une « grossesse prolongée » constitue l'indication du déclenchement.

On a calculé les taux de déclenchement du travail à partir de données nationales sur l'hospitalisation.

Résultats

- Le taux de déclenchement médical du travail au Canada a augmenté régulièrement pour passer de 16,9 pour 100 accouchements à l'hôpital en 1995–1996 à 20,6 en 2001–2002, pour reculer ensuite à 19,1 en 2004–2005 (figure 9.1). Ces résultats ressemblent à ceux que déclarent les États-Unis et plusieurs autres pays industrialisés[5].

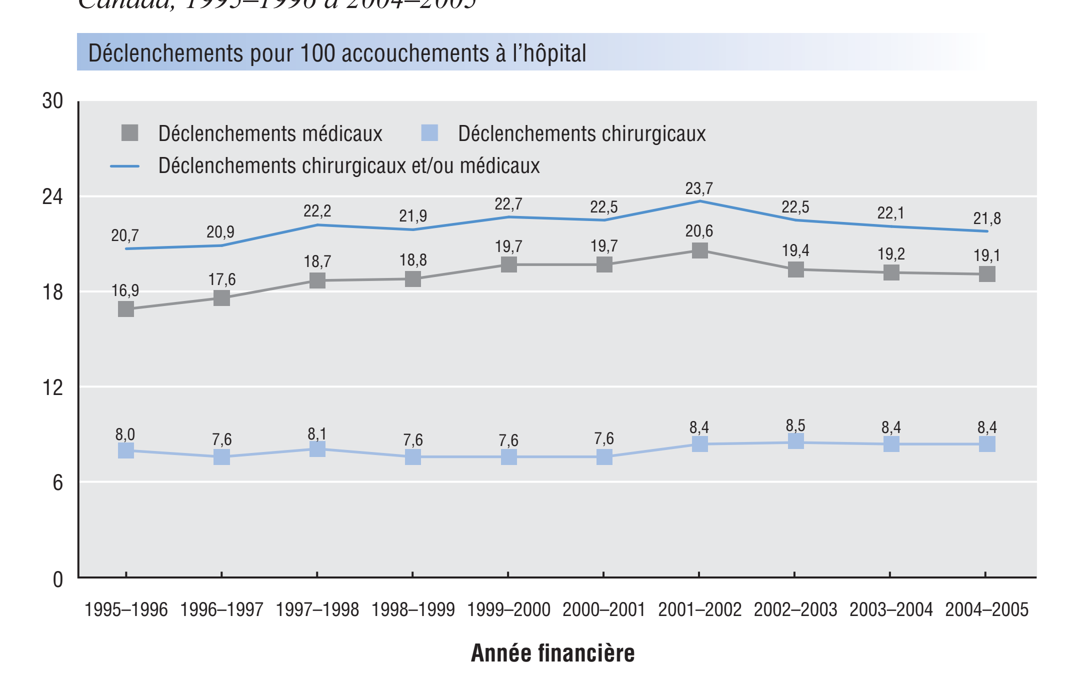
- Le taux de déclenchement chirurgical du travail est demeuré stable, variant de 7,6 pour 100 accouchements à l'hôpital à 8,5 au cours de la période 1995–1996 à 2004–2005. En 2004–2005, le taux s'est établi à 8,4 pour 100 accouchements à l'hôpital (figure 9.1).

- Le taux de déclenchement total (déclenchement médical ou chirurgical) au Canada a varié légèrement pendant la période de 1995–1996 à 2004–2005, d'un minimum de 20,7 à un maximum de 23,7 pour 100 accouchements à l'hôpital. Chez 3 % à 6 % des femmes environ, les deux méthodes ont été utilisées (figure 9.1).
- Les taux de déclenchement médical du travail ont varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada, d'un minimum de 11,9 (IC à 95 % : 9,6–14,4) pour 100 accouchements à l'hôpital au Nunavut à un maximum de 23,5 % (IC à 95 % : 22,6–24,5) en Nouvelle-Écosse. La variation des taux de déclenchement chirurgical a été encore plus importante, passant d'un minimum de 3,6 (IC à 95 % : 3,4–3,8) pour 100 accouchements à l'hôpital en Colombie-Britannique à un maximum de 15,5 (IC à 95 % : 13,6–17,5) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 9.2). Les variations des taux peuvent être attribuables à des différences au niveau des méthodes privilégiées de déclenchement ou à des variations du codage des données, mais les nombres dans les provinces et les territoires plus petits sont trop limités pour permettre une interprétation plus détaillée.

Limites des données

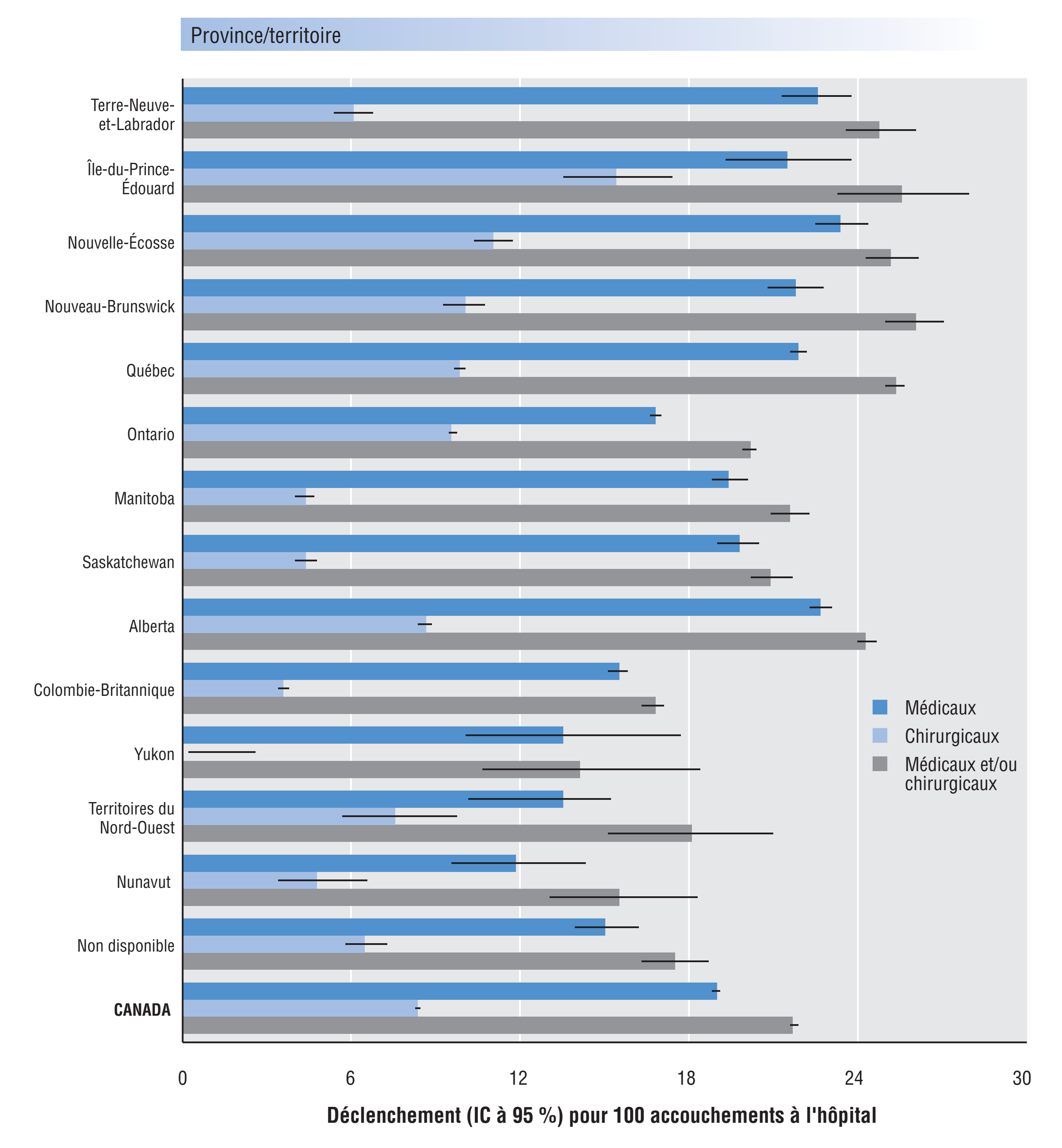
Il se peut que le codage du déclenchement chirurgical du travail ne soit pas uniforme entre les provinces et les territoires. Les taux de déclenchement du travail peuvent inclure erronément des cas où le travail n'a pas été déclenché mais où le travail en cours a été accéléré (l'accélération désigne l'utilisation de moyens médicaux et chirurgicaux pour aider le travail déjà amorcé spontanément). Ces erreurs peuvent expliquer une partie des différences au niveau des taux de déclenchement entre les provinces/territoires.

FIGURE 9.1 **Taux de déclenchement du travail**
Canada, 1995–1996 à 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 9.2 **Taux de déclenchement du travail, selon la province/le territoire**
Canada, 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

Références

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD (Éditeurs). *Williams Obstetrics,* 22e édition. Toronto : McGraw-Hill; 2005.

2. Zhang J, Yancey MK, Henderson CE. U.S. national trends in labor induction, 1989–1998. *J Reprod Med.* 2002;47(2):120–4.

3. MacKenzie IZ. Induction of labour at the start of the new millennium. *Reproduction*. 2006; 131(6):989–98.

4. Delaney T, Young DC. Spontaneous versus induced labor after a previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2003;102(1):39–44.

5. Kirby RS. Trends in labor induction in the United States: Is it true that what goes up must come down? *Birth.* 2004;31(2):148–51.

6. MacDorman MF, Mathews TJ, Martin JA, Malloy MH. Trends and characteristics of induced labour in the United States, 1989–1998. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2002;16(3):263–73.

■ 10. Taux d'accouchement par césarienne

Shiliang Liu, Robert Liston et Lily Lee

Le taux d'accouchement par césarienne s'entend du nombre d'accouchements par césarienne exprimé en pourcentage du nombre total d'accouchements (à un endroit et à un moment donnés). Le taux de césarienne primaire désigne le nombre d'accouchements par césarienne pratiqués chez des femmes qui n'ont pas eu de césarienne auparavant, exprimé en pourcentage du total des accouchements chez les femmes qui n'ont pas subi de césarienne auparavant. Ce taux inclut les primipares (c.-à-d. femmes qui donnent naissance pour la première fois) et les multipares (c.-à-d. femmes qui ont accouché au moins une fois auparavant). Le taux de césarienne répétée désigne le nombre de femmes qui accouchent à nouveau par césarienne après avoir accouché de la même façon auparavant, en pourcentage du total des accouchements chez les femmes qui ont déjà accouché par césarienne.

L'âge plus avancé de la mère est un facteur de risque d'accouchement par césarienne. Les femmes primipares sont en outre plus susceptibles d'accoucher par césarienne que les femmes qui ont leur deuxième ou troisième enfant sans avoir eu recours auparavant à la césarienne[1,2]. Le recours antérieur à la césarienne, la dystocie, une présentation par le siège et la détresse fœtale constituent les indications les plus fréquentes qui justifient un accouchement par césarienne[1–3]. Le premier accouchement par césarienne sans indication médicale (c.-à-d. césarienne à la demande de la mère) semble à la hausse, même s'il est difficile d'obtenir des données précises sur la fréquence à cause de la terminologie utilisée qui manque d'uniformité[4,5]. On a démontré dans un récent rapport canadien que le risque de morbidité maternelle sévère, comme l'hystérectomie, une infection majeure et une thromboembolie veineuse, est beaucoup plus élevé chez les femmes à faible risque et à terme qui accouchent comme prévu par césarienne comparativement aux femmes qui accouchent par voie vaginale comme prévu (même si le risque absolu était faible chez les deux groupes)[4].

Entre la fin des années 1960 et le début des années 1980[1,6], le pourcentage des femmes qui ont accouché par césarienne est passé d'environ 5 % à presque 20 % au Canada et aux États-Unis. Une augmentation persistante récente qui a commencé au début des années 1990 s'est maintenue au Canada et dans beaucoup d'autres pays industrialisés[2,7]. Pour expliquer les augmentations récentes des taux d'accouchement par césarienne, mentionnons les changements des caractéristiques de la mère (augmentation du nombre des mères plus âgées et de l'indice de masse corporelle [IMC] avant la grossesse et réduction de la parité), les techniques obstétriques (recours accru à la surveillance électronique du fœtus, accouchement par césarienne à cause d'une présentation par le siège, anesthésie péridurale et réduction de l'application des forceps à la partie moyenne du bassin) et les facteurs sociaux (poursuites pour faute professionnelle et facteurs socioéconomiques)[8,9].

On a calculé les taux d'accouchement par césarienne à partir des données nationales sur l'hospitalisation.

Résultats

- Le taux d'accouchement par césarienne est passé de 17,6 pour 100 accouchements à l'hôpital en 1995–1996 à 25,6 en 2004–2005. L'augmentation des taux globaux d'accouchement par césarienne (c.-à-d. l'augmentation absolue de 8,0 %) au cours de cette période a été attribuable en grande partie à une augmentation du nombre de césariennes primaires (augmentation absolue de 6,0 %, figure 10.1).

- Le taux de césarienne répétée est passé de 64,7 % en 1995–1996 à 80,0 % en 2004–2005 (figure 10.1). Le taux d'accouchement vaginal après une césarienne antérieure (AVCA) (qui complète le taux de césarienne répétée) a donc diminué au cours de la même période.
- En 2004–2005, les trois principales raisons d'accoucher par césarienne (comprenant les césariennes primaires et les césariennes répétées) étaient la dystocie (9,9 pour 100 accouchements à l'hôpital), les césariennes « électives répétées/autres » (6,7 pour 100 accouchements à l'hôpital) et la présentation par le siège (3,6 pour 100 accouchements à l'hôpital). Dans le présent rapport, la catégorie « autre » représente les accouchements par césarienne au cours desquels on n'a pas codé d'indication obstétrique/médicale dans la base de données sur la morbidité hospitalière. Le taux de césarienne primaire attribuable à la dystocie a augmenté considérablement pour passer de 6,7 pour 100 femmes qui n'avaient pas subi de césarienne auparavant en 1995–1996 à 10,3 en 2004–2005 (figure 10.2).
- De 1995–1996 à 2004–2005, le nombre de césariennes répétées par césarienne à cause de la dystocie a diminué de 8,7 pour 100 femmes qui ont déjà accouché par césarienne, tandis que celui des césariennes répétées par césarienne pour la catégorie « électif répété/autre » a augmenté de 18,2 % (figure 10.2).
- Les taux d'accouchement par césarienne ont varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada, d'un minimum de 9,9 (IC à 95 % : 7,8–12,2) pour 100 accouchements à l'hôpital au Nunavut à un maximum de 33,4 (IC à 95 % : 30,9–36,0) à l'Île-du-Prince-Édouard en 2004–2005 (figure 10.3). Ces variations régionales peuvent être le reflet de différences géographiques au niveau des techniques obstétriques, ainsi que des caractéristiques de la mère.

FIGURE 10.1 Taux d'accouchement par césarienne et taux de césarienne primaire et de césarienne répétée

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Accouchements par césarienne pour 100 accouchements à l'hôpital	Césariennes primaires pour 100 accouchements à l'hôpital parmi les femmes sans antécédents de césarienne	Césariennes répétées (%)
1995–1996	17,6	12,6	64,7
1996–1997	18,2	13,1	64,8
1997–1998	18,5	13,5	64,8
1998–1999	19,0	13,8	65,3
1999–2000	19,7	14,5	66,9
2000–2001	21,1	15,6	70,0
2001–2002	22,5	16,5	73,3
2002–2003	23,7	17,5	76,1
2003–2004	24,8	18,2	78,0
2004–2005	25,6	18,6	80,0

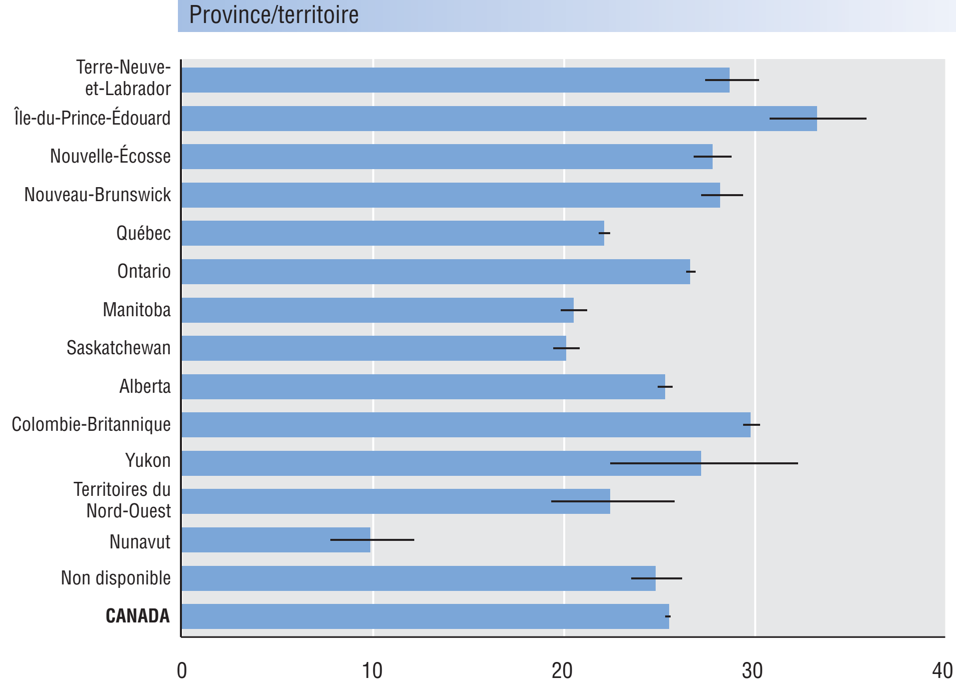
Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 10.2 **Taux d'accouchement par césarienne, selon l'indication**
Canada, 1995–1996 et 2004–2005

Indication*	1995–1996	2004–2005	2004–2005 c. 1995–1996
	Taux d'accouchement par césarienne, %	Taux d'accouchement par césarienne, %	Changement absolu, %
Toutes césariennes			
Présentation par le siège	3,0	3,6	+0,6
Dystocie	7,5	9,9	+2,4
Détresse fœtale	1,7	2,5	+0,8
Diverses	1,7	2,9	+1,2
Élective répétée/autre	3,7	6,7	+3,0
TOTAL	**17,6**	**25,6**	**+8,0**
Césariennes primaires			
Présentation par le siège	3,0	3,5	+0,5
Dystocie	6,7	10,3	+3,6
Détresse fœtale	1,6	2,6	+1,0
Diverses	1,0	1,5	+0,5
Autres	0,3	0,7	+0,4
TOTAL	**12,6**	**18,6**	**+6,0**
Césariennes répétées			
Présentation par le siège	4,1	4,1	0,0
Dystocie	14,7	6,0	-8,7
Détresse fœtale	2,2	2,1	-0,1
Diverses	8,5	14,4	+5,9
Élective répétée/autre	35,2	53,4	+18,2
TOTAL	**64,7**	**80,0**	**+15,3**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 et 2004–2005.
* Note :
1) La définition des indications est fondée sur une publication antérieure de Henry et al[10].
2) « Divers » comprend les gestations multiples, l'hémorragie antepartum, le décollement du placenta, un placenta previa, un retard de croissance intrautérin, la macrosomie, le virus de l'herpès simplex génital, le diabète sucré, la tolérance anormale du glucose, les troubles de l'hypertension, l'oligohydramnios, la chorioamnionite, une malformation du système nerveux central du fœtus qui a un effet sur la prise en charge, une autre anomalie congénitale ou acquise, la rupture de l'utérus, une anomalie congénitale ou acquise du vagin, les cicatrices de l'utérus, l'isoimmunisation Rhesus (anti-D) et l'hémorragie ou l'occlusion cérébrale.
3) La catégorie « Autre » indique qu'aucun des problèmes obstétriques/médicaux ci-dessus n'a été codé dans la base de données. Il convient de signaler qu'une césarienne sans indication médicale mentionnée ne représente pas nécessairement un accouchement par césarienne pratiqué à la demande de la mère.

FIGURE 10.3 **Taux d'accouchement par césarienne, selon la province/le territoire**
Canada, 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

On a présenté les taux d'accouchement par césarienne sans tenir compte des différences au niveau des caractéristiques démographiques (comme l'âge de la mère et la parité). L'information sur la parité n'était pas disponible, car on ne consigne pas cette variable dans la base de données sur la morbidité hospitalière. Le calcul des taux d'accouchement par césarienne n'inclut pas les accouchements survenus en dehors de l'hôpital.

Références

1. American College of Obstetrician and Gynecologists Women's Health Care Physicians, Task Force on Cesarean Delivery Rates. *Evaluation of Cesarean Delivery.* Washington (DC) : American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000.

2. Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Recent trends in cesarean delivery rates and indications for cesarean delivery in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26(8):735–42.

3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dystocie. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.* Ottawa : SOGC; 1995.

4. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *JAMC.* 2007;176(4):455–60.

5. Gossman GL, Joesch JM, Tanfer K. Trends in maternal request cesarean delivery from 1991 to 2004. *Obstet Gynecol.* 2006;108(6):1506–16.

6. Nair C. Tendances qui se dégagent des données sur les césariennes au Canada. *Rapports sur la santé*. 1991;(3):203–19.

7. Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de santé 2005* [Internet] Ottawa : ICIS; 2005 [cité le 2 avril 2007]. Disponible à : dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H115-16-2005F.pdf

8. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM. Chandra S, et coll. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2003;102(4):791–800.

9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD (Éditeurs). *Williams Obstetrics,* 22e édition. Toronto : McGraw-Hill; 2005.

10. Henry OA, Gregory KD, Hobel CJ, Platt LD. Using ICD-9 codes to identify indications for primary and repeat cesarean sections: agreement with clinical records. *Am J Public Health.* 1995;85(8 Pt 1):1143–6.

■ 11. Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale

Shiliang Liu, David Young et Robert Liston

Le taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale s'entend du nombre d'accouchements par voie vaginale effectués à l'hôpital à l'aide d'un forceps ou d'une ventouse, par rapport au nombre total des accouchements vaginaux survenus à l'hôpital (à un endroit et à un moment donnés).

On a recours à l'accouchement chirurgical par voie vaginale afin de faciliter l'accouchement par voie vaginale lorsque la santé du fœtus ou de la mère est compromise. En général, le choix du forceps ou de la ventouse repose en grande partie sur la tradition et sur la formation du médecin[1,2]. En Amérique du Nord, on a utilisé le forceps plus souvent que la ventouse jusqu'à la fin des années 1980, lorsque le recours à la ventouse s'est popularisé et que l'utilisation du forceps a diminué[2,3]. Ce changement de méthode a peut-être été influencé par les preuves démontrant que les traumatismes chez la mère étaient moins importants lorsqu'on utilisait la ventouse plutôt que le forceps et par l'amélioration des ventouses[4]. On associe un risque accru de lésions du cuir chevelu chez le nouveau-né et de lésions intracrâniennes à l'accouchement par ventouse, mais le risque absolu de morbidité infantile est faible et peut être attribuable en partie à une anomalie sous-jacente du travail plutôt qu'à l'intervention chirurgicale directement[1,2,4]. On associe en général le forceps à des taux plus élevés de lésions du périnée et de douleur postnatale à court terme, tandis que l'utilisation de la ventouse réduit le risque de traumatisme au périnée de la mère sans avoir de conséquences indésirables à long terme pour la mère ou le bébé[3,5]. De nombreuses études ont démontré des taux plus faibles d'accouchement par césarienne parmi les accouchements prévus par voie vaginale lorsqu'on a utilisé la ventouse plutôt que le forceps[2,4,5]. Ces taux moins élevés peuvent toutefois refléter le fait que le forceps et non la ventouse constitue l'instrument chirurgical de choix lorsque la tête du fœtus dépasse le détroit inférieur et que l'accouchement par voie vaginale est urgent.

On a calculé les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale à partir de données nationales sur l'hospitalisation.

Résultats

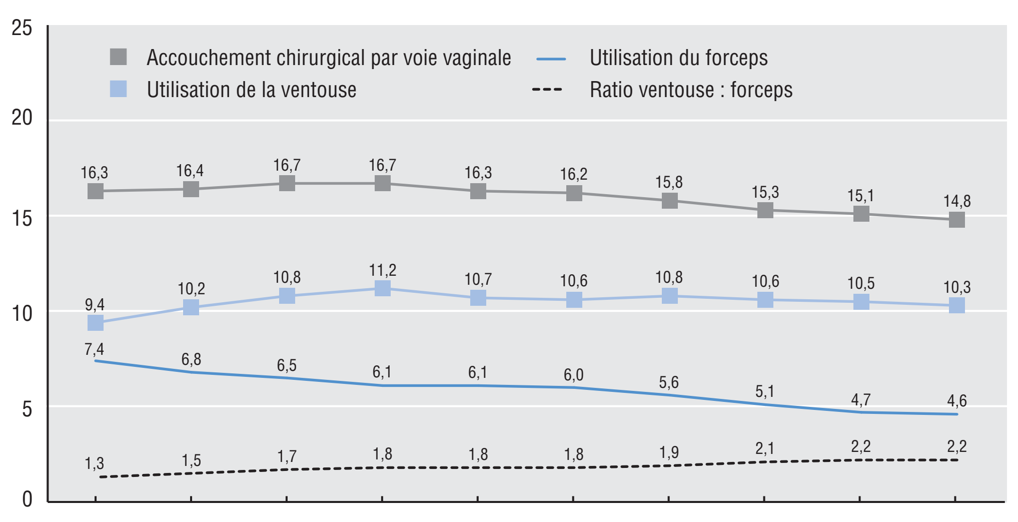
- Le taux global d'accouchement chirurgical par voie vaginale a augmenté légèrement pour passer de 16,3 % en 1995–1996 à 16,7 % en 1998–1999, et pour reculer ensuite régulièrement jusqu'à 14,8 % en 2004–2005 (figure 11.1). L'écart entre le taux global et le total des taux individuels d'utilisation du forceps et de la ventouse (que ce soit pour le même bébé ou pour plus d'un bébé) s'explique par les accouchements au cours desquels on a utilisé à la fois le forceps et la ventouse.
- Le taux d'accouchement par forceps a diminué considérablement pour tomber de 7,4 % en 1995–1996 à 4,6 % en 2004–2005, tandis que le taux par ventouse a oscillé entre 9,4 % et 11,2 % au cours de la même période. En 2004–2005, le taux d'accouchement à la ventouse a atteint 10,3 % (figure 11.1).
- Le ratio d'utilisation de la ventouse par rapport à l'utilisation du forceps est passé de 1,3 en 1995–1996 à 2,2 en 2004–2005 (figure 11.1).

- Au cours de la période combinée de 2003–2004 et de 2004–2005, les taux globaux d'accouchement chirurgical par voie vaginale ont varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada, d'un minimum de 2,5 (IC à 95 % : 1,7–3,6) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital au Nunavut, à un maximum de 17,9 (IC à 95 % : 17,0–18,9) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 11.2). Les taux d'accouchement par voie vaginale par forceps et par ventouse ont varié considérablement entre les provinces et les territoires (figures 11.3 et 11.4). Ces différences régionales peuvent refléter des variations au niveau de la préférence des fournisseurs de soins.

Limites des données

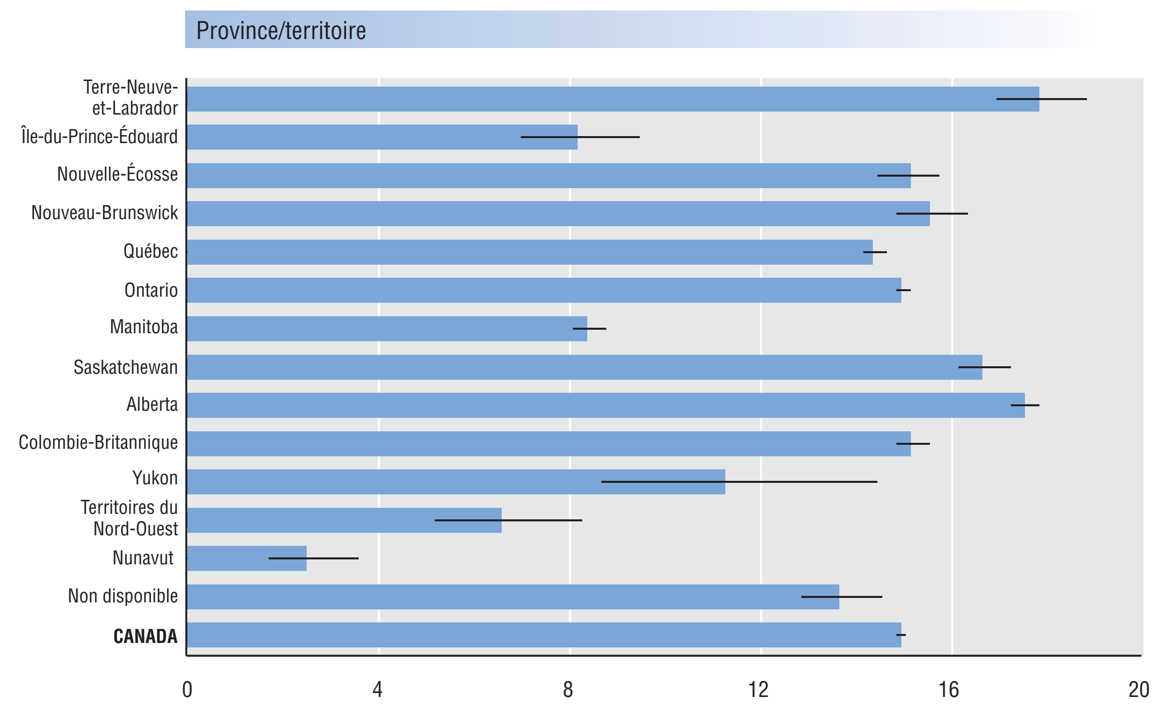
On considère comme une intervention mineure le recours à des instruments chirurgicaux pour aider l'accouchement par voie vaginale. Il se peut donc que le codage de ces interventions soit incomplet et qu'il en découle une sous-estimation des taux.

FIGURE 11.1 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale
Canada, 1995–1996 à 2004–2005



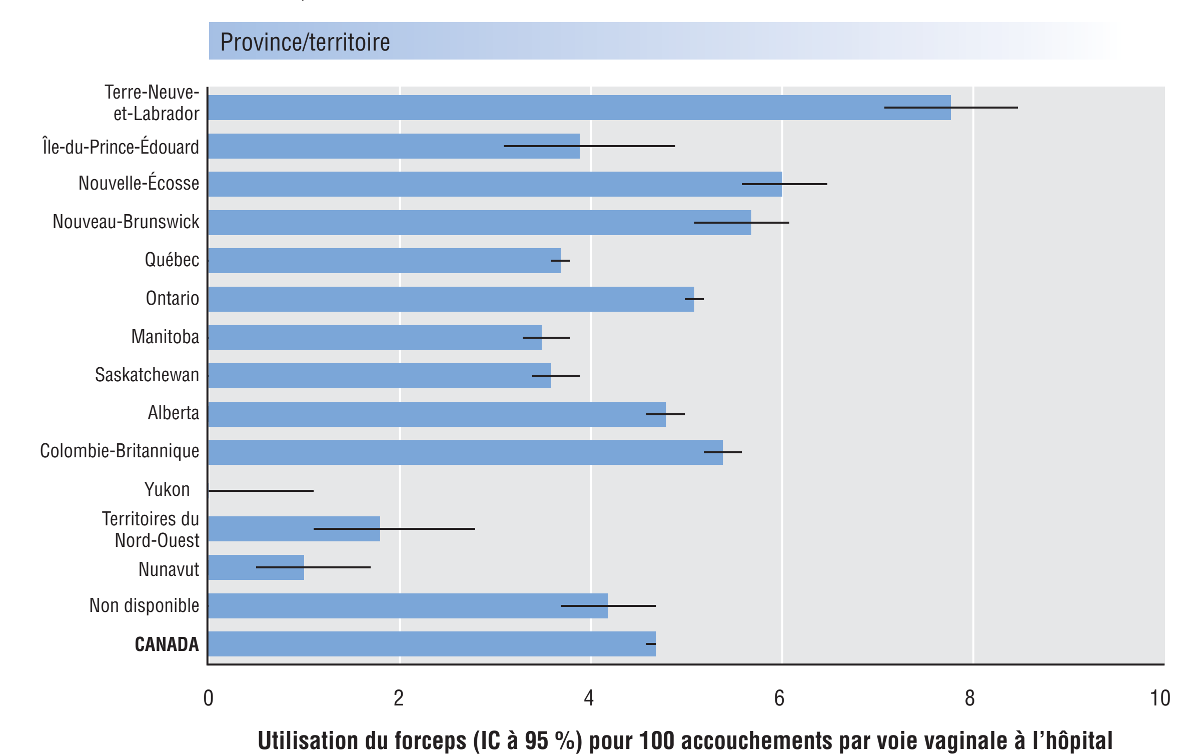
Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 11.2 **Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, selon la province/le territoire**
*Canada, 2003–2004 et 2004–2005**



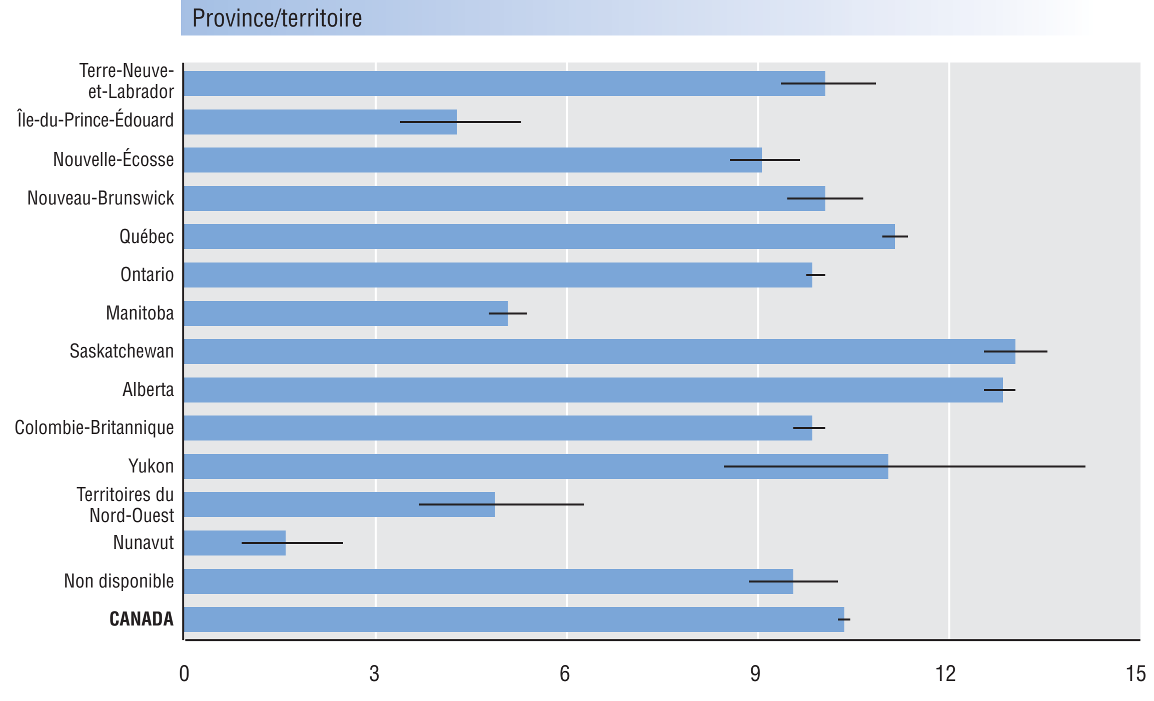
Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2003–2004 et 2004–2005.
* On a combiné les données de deux années à cause du faible nombre des sujets.

FIGURE 11.3 **Taux d'accouchement vaginal par forceps, selon la province/le territoire**
*Canada, 2003–2004 et 2004–2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2003–2004 et 2004–2005.
* On a combiné les données de deux années à cause du faible nombre des sujets.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 11.4 Taux d'accouchement vaginal par ventouse, selon la province/le territoire
*Canada, 2003–2004 et 2004–2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2003–2004 et 2004–2005.
* On a combiné les données pour les deux années à cause du faible nombre des sujets.
IC—intervalle de confiance

Références

1. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med.* 1999;341:1709–14.

2. Wen SW, Liu S, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Sauve R, et coll. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J Epidemiol.* 2001;153(2):103–7.

3. Roberts CL, Algert CS, Carnegie M, Peat B. Operative delivery during labour: trends and predictive factors. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2002;16(2):115–23.

4. Johanson RB, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim J, et coll. A randomized prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993;100(6):524–30.

5. Caughey AB, Sandberg PL, Zlatnik MG, Thiet MP, Parer JT, Laros RK Jr. Forceps compared with vacuum: Rates of neonatal and maternal morbidity. *Obstet Gynecol.* 2005;106:908–12.

■ 12. Taux de traumatisme périnéal

Catherine McCourt, Beverley O'Brien et David Young

Le taux de traumatisme périnéal s'entend du nombre de femmes qui ont subi une épisiotomie ou dont l'accouchement a provoqué une déchirure du périnée du premier, deuxième, troisième ou quatrième degrés par rapport au nombre total de femmes qui ont accouché par voie vaginale (à un endroit et à un moment donnés).

De nombreux facteurs ont une incidence sur l'intégrité du périnée au cours de l'accouchement, comme la vitesse de sortie de la tête, le contrôle des poussées exercé par la mère, la parité, la grosseur du fœtus, le recours au forceps ou à la ventouse et l'épisiotomie[1]. On a toujours pratiqué l'épisiotomie parce qu'on croyait que ce serait avantageux pour le nouveau-né en raccourcissant le deuxième stade du travail, ou pour la mère en réduisant le traumatisme au périnée. Des données solides indiquent toutefois que le recours libéral ou de routine à l'épisiotomie n'offre aucun avantage comparativement à son utilisation sélective ou restrictive (p. ex., dans les cas de détresse fœtale, de déchirure sévère imminente du périnée)[2,3]. Les deux méthodes ne montrent aucune différence quant au taux de déchirure grave du vagin ou du périnée, mais l'épisiotomie routinière entraîne en fait un risque accru de déchirure postérieure du périnée et l'obligation de poser des points de suture. Le recours limité à l'épisiotomie augmente toutefois, en fait, la probabilité de déchirure antérieure[2,3]. L'OMS et l'American College of Obstetricians and Gynecologists font partie des nombreux organismes qui recommandent de limiter le recours à l'épisiotomie[4,5]. En dépit de la qualité des données probantes et de l'uniformité des politiques et des lignes directrices, les taux d'épisiotomie varient toujours considérablement entre les pays, les hôpitaux et même les professionnels de la santé du même hôpital[5].

On a calculé les taux de traumatisme périnéal à partir de données nationales sur l'hospitalisation.

Résultats

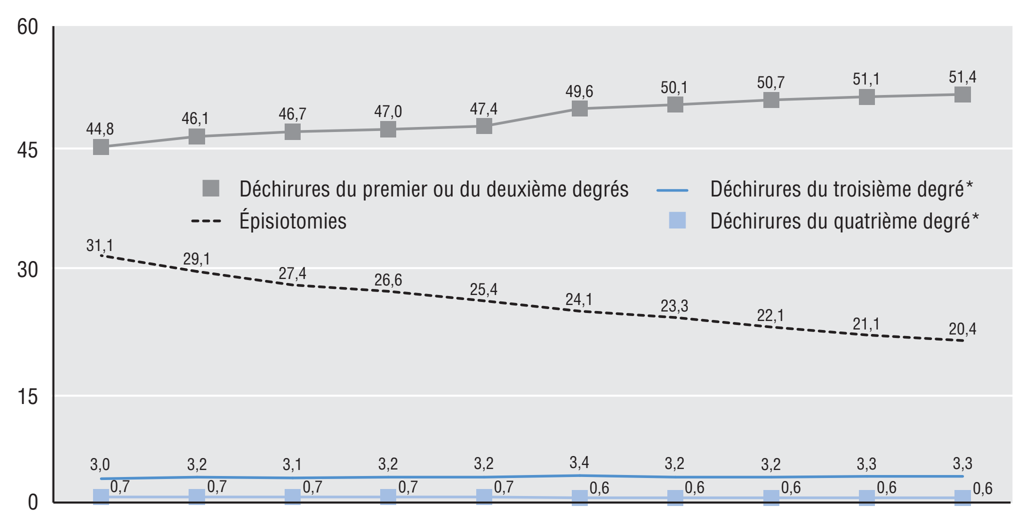
- En 2004–2005, le taux d'épisiotomie au Canada s'établissait à 20,4 pour 100 accouchements vaginaux pratiqués à l'hôpital. Ce taux a diminué de 34 % depuis 1995–1996 (figure 12.1). Ce recul spectaculaire est attribuable probablement à l'adoption de recommandations décourageant le recours systématique à l'épisiotomie de routine plutôt qu'à un changement du profil du risque maternel ou fœtal.

- Le taux combiné de déchirures du premier et du deuxième degrés du périnée a augmenté depuis 1995–1996, mais de façon plus graduelle. Le taux de déchirure du troisième degré a augmenté entre 1995 et 2004 tandis qu'il a diminué dans le cas des déchirures du quatrième degré (figure 12.1). On n'a pas étudié les causes de ce phénomène, qui pourraient inclure des changements du diagnostic ou de l'identification des déchirures du troisième et du quatrième degrés du périnée, la parité et les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale.

- En 2004–2005, le recours à l'épisiotomie a varié considérablement entre les provinces et les territoires (figure 12.2). Ces variations peuvent être attribuables en partie à des différences au niveau de la parité entre les populations ou de la méthode de déclaration. Il est aussi probable que des variations persistantes dans la pratique professionnelle contribuent aux différences entre les administrations. Au cours des années combinées 2002–2003 à 2004–2005, les taux de déchirure du troisième et du quatrième degrés du périnée ont varié aussi entre les provinces et les territoires, sans dégager une claire tendance émergente (figure 12.3).

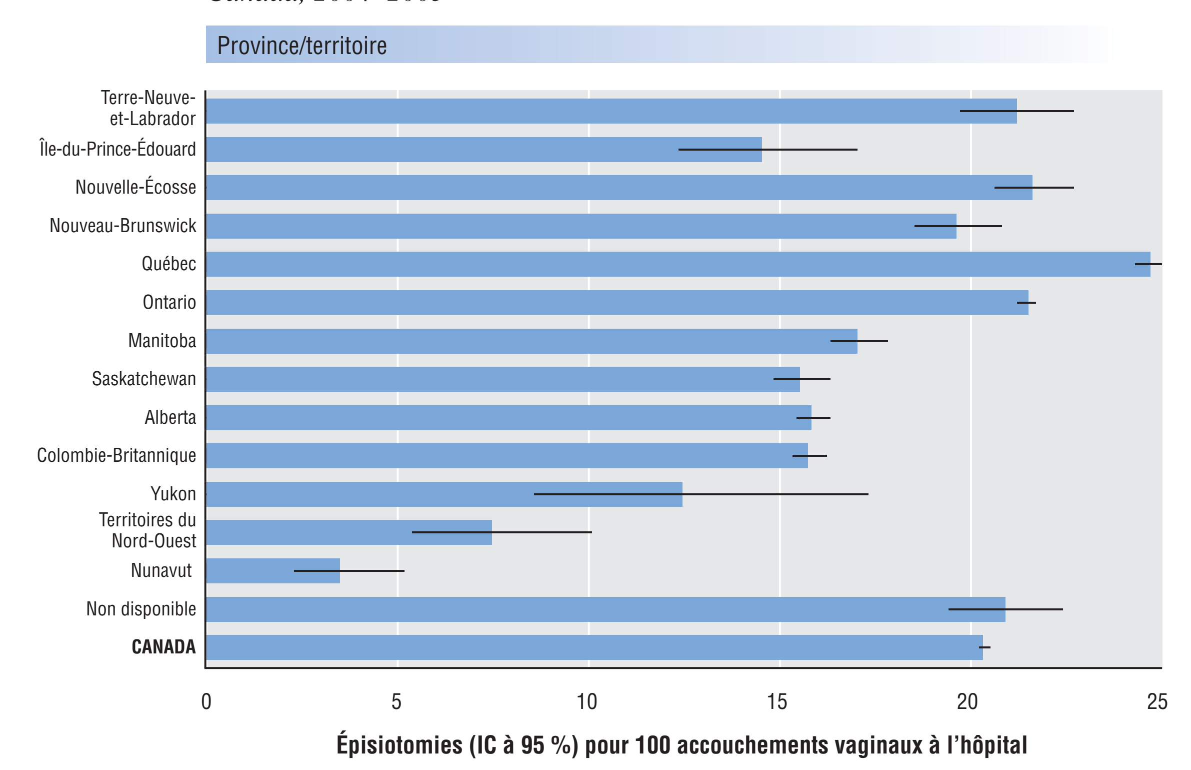


FIGURE 12.1 **Taux de traumatisme au périnée par déchirures périnéales et par épisiotomie**
Canada, 1995–1996 à 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
* Les données du Québec ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

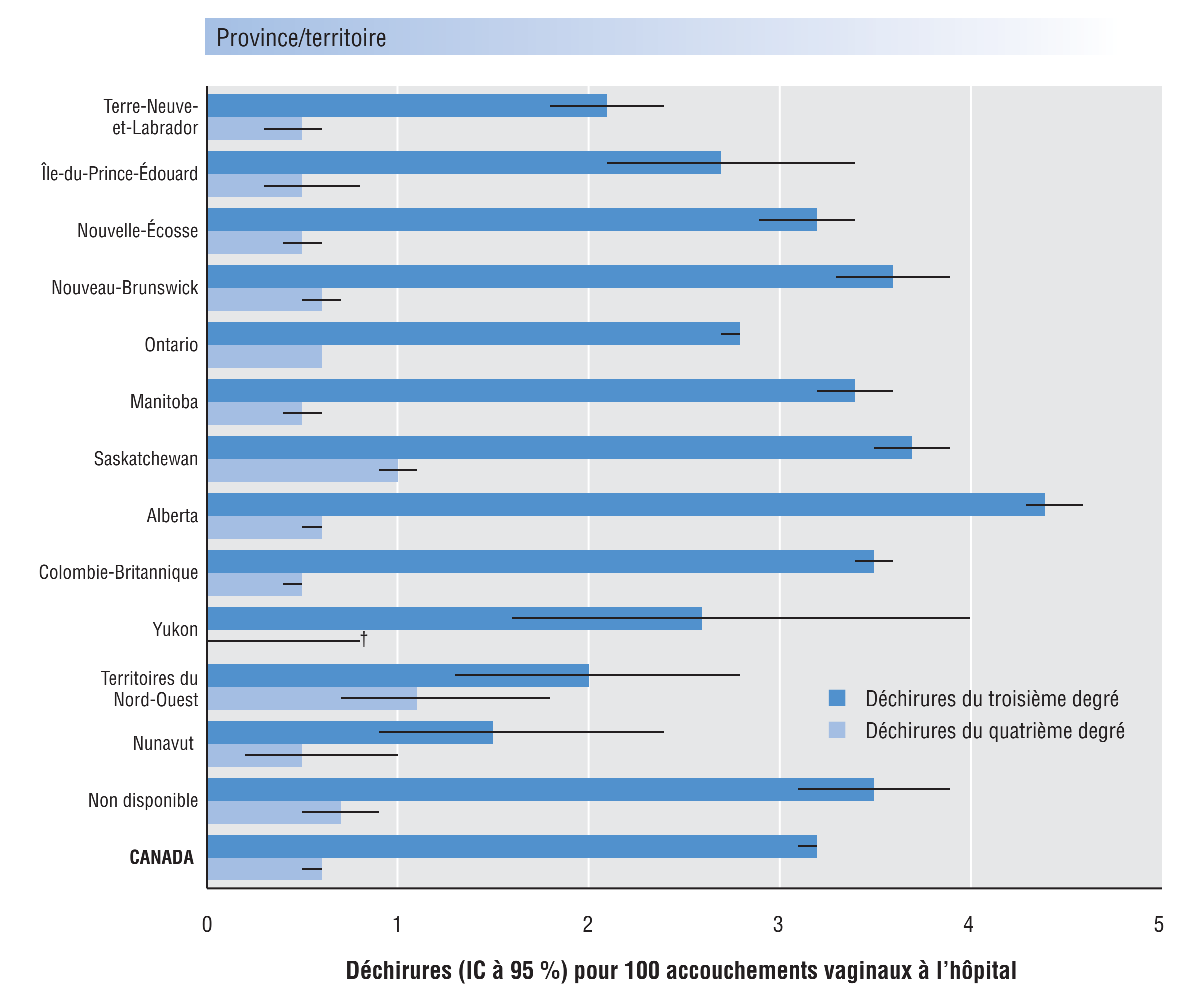
FIGURE 12.2 **Taux d'épisiotomie, selon la province/le territoire**
Canada, 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 12.3 Taux de déchirure du troisième et du quatrième degrés du périnée, selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion du Québec), 2002–2003 à 2004–2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* Les données du Québec ont été exclues parce que leur qualité pose problème. On a combiné les données de trois années à cause du faible nombre des sujets.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

Ces résultats n'incluent pas les naissances survenues en dehors de l'hôpital. Les données d'hospitalisation n'incluent pas d'information à l'échelon national au sujet de la parité. C'est pourquoi nous ne pouvons produire de rapport distinct sur les primipares et les multipares, même si les taux d'épisiotomie diffèrent pour les deux groupes[5]. Les méthodes de codage des données peuvent être à l'origine de la sous-déclaration de l'épisiotomie. Il est probable aussi que la mesure dans laquelle on déclare les déchirures moins graves du périnée varie[6].

Références

1. McLeod NL, Gilmore DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25(7):586–93.

2. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1999;3. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.

3. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(17):2141–8.

4. Episiotomy. ACOG Practice Bulletin No. 71. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):957–62.

5. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy Rates around the World: An Update. *Birth.* 2005;32(3):219–23.

6. Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000. N° H49-135/2000F au catalogue.

■ 13. Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement

Shiliang Liu et Maureen Heaman

Le taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement s'entend du nombre de femmes qui ont obtenu leur congé tôt de l'hôpital (c.-à-d. dans les deux jours suivant un accouchement par voie vaginale ou dans les quatre jours suivant un accouchement par césarienne), par rapport au nombre total de femmes qui obtiennent leur congé de l'hôpital après l'accouchement (à un endroit et à un moment donnés).

La durée appropriée du séjour à l'hôpital pour un accouchement suscite la controverse depuis des décennies[1–3]. De nombreux facteurs autres que l'état de santé de la mère ont une incidence sur la durée du séjour, y compris les politiques sur les soins de santé et les ressources qui y sont affectées, les caractéristiques du système de prestation des soins de santé, la disponibilité des services de suivi dans la collectivité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère[1–4].

La recherche a porté avant tout sur l'effet que le congé obstétrique précoce a sur les répercussions maternelles et néonatales comme la durée de l'allaitement maternel, la réadmission de la mère et du nourrisson, ainsi que la morbidité et la mortalité chez le nourrisson[2–5]. Il se peut qu'un bref séjour après l'accouchement ne laisse pas suffisamment de temps aux mères pour qu'on les aide avec l'allaitement maternel. Les femmes qui quittent l'hôpital avant la fin du séjour normal recommandé risquent un peu plus de mettre fin plus tôt à l'allaitement maternel[3,5,6]. Toutefois, comme les données qui s'accumulent indiquent que le congé précoce cause peu de préjudice pour la santé de la mère en bonne santé s'accumulent, on observe une tendance à la réduction de la durée du séjour à l'hôpital dans le monde entier[4–6].

Les lignes directrices des gouvernements et des professions recommandent une visite de suivi de l'accouchement peu après le congé de l'hôpital[3]. De nombreuses études ont porté sur l'efficacité des visites à domicile pour le suivi postnatal et on les compare habituellement à l'hospitalisation prolongée ou aux visites en clinique externe. Ces études ont démontré que les mères participant à des programmes de congé précoce sont d'avis qu'on s'occupe d'elles aussi bien ou mieux que celles qui sont demeurées plus longtemps à l'hôpital[3,7,8]. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié récemment un énoncé de principe visant à garantir que les femmes qui viennent d'accoucher reçoivent leur congé en toute sécurité et que les mesures appropriées pour assurer les soins continus soient prises avant le congé[8].

La durée du séjour pour un accouchement varie considérablement en fonction de la méthode d'accouchement, qui a aussi une incidence sur les taux de réadmission et la durée du séjour à l'hôpital après une réadmission[9]. C'est pourquoi on présente les résultats séparément pour les accouchements par voie vaginale et pour les accouchements par césarienne.

On a calculé les taux de congé maternel précoce à partir de données nationales sur l'hospitalisation. Comme l'information sur l'heure de la naissance n'est pas disponible dans le dossier de la mère, la durée du séjour aux fins de la présente analyse comprend le temps écoulé entre l'admission pour l'accouchement et le congé, ce qui inclut le temps entre le travail et l'accouchement.

Résultats

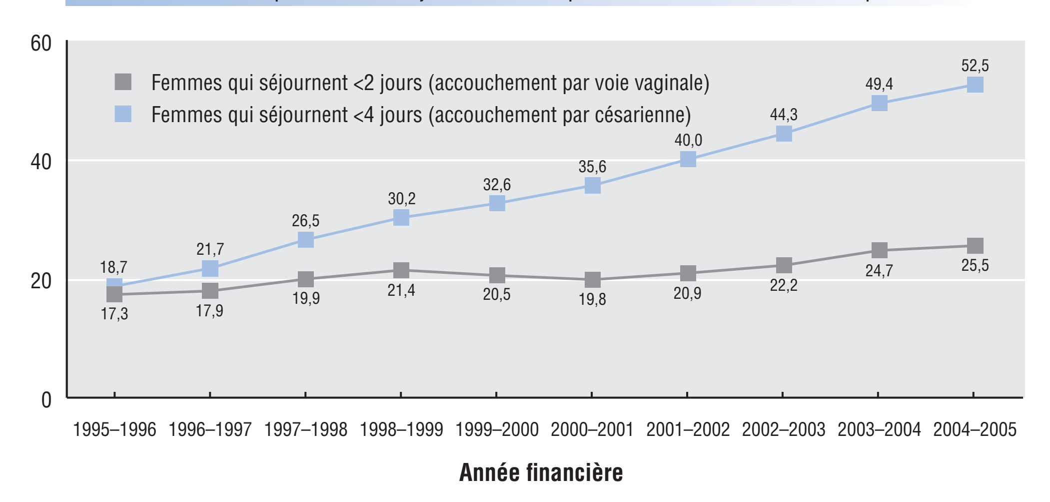
- La proportion des mères qui ont accouché par voie vaginale et sont restées moins de deux jours à l'hôpital a augmenté considérablement pour passer de 17,3 % en 1995–1996 à 25,5 % en 2004–2005. La proportion des mères qui ont accouché par césarienne et sont restées moins de quatre jours à l'hôpital a aussi augmenté de façon spectaculaire pour passer de 18,7 % en 1995–1996 à 52,5 % en 2004–2005 (figure 13.1).
- Entre 1995–1996 et 2004–2005, la durée moyenne de court séjour de la mère à l'hôpital après un accouchement a diminué considérablement pour passer de 2,6 à 2,2 jours pour un accouchement par voie vaginale et de 5,0 à 3,9 jours pour un accouchement par césarienne (figure 13.2).
- En 2004–2005, le pourcentage du séjour court de la mère à l'hôpital pour un accouchement a varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada et c'est l'Alberta qui a affiché le pourcentage le plus élevé : 44,7 (IC à 95 % : 44,1–45,3) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital et 64,1 (IC à 95 % : 63,1–65,0) pour 100 accouchements par césarienne à l'hôpital. L'Île-du-Prince-Édouard a enregistré le pourcentage le plus faible : 1,9 (IC à 95 % : 1,1–3,0) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital et 9,8 (IC à 95 % : 7,3–13,0) pour 100 accouchements par césarienne à l'hôpital (figure 13.3).
- En 2004–2005, les femmes de l'Alberta et de l'Ontario sont restées moins longtemps à l'hôpital pour un accouchement par voie vaginale (1,8 et 2,1 jours, respectivement) et pour un accouchement par césarienne (3,6 et 3,7 jours, respectivement) (figure 13.4).

Limites des données

Le dossier de la mère dans la base de données sur la morbidité hospitalière n'inclut pas d'information sur le jour et l'heure de la naissance. La durée déclarée du séjour de la mère à l'hôpital inclut donc le temps écoulé entre l'admission prénatale et l'accouchement, en plus du temps écoulé entre l'accouchement et le congé après la naissance. Il serait préférable de rapporter la durée du séjour après l'accouchement plutôt que la durée globale du séjour pour l'accouchement.

FIGURE 13.1 Taux de court séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement

Canada, 1995–1996 à 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 13.2 Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement

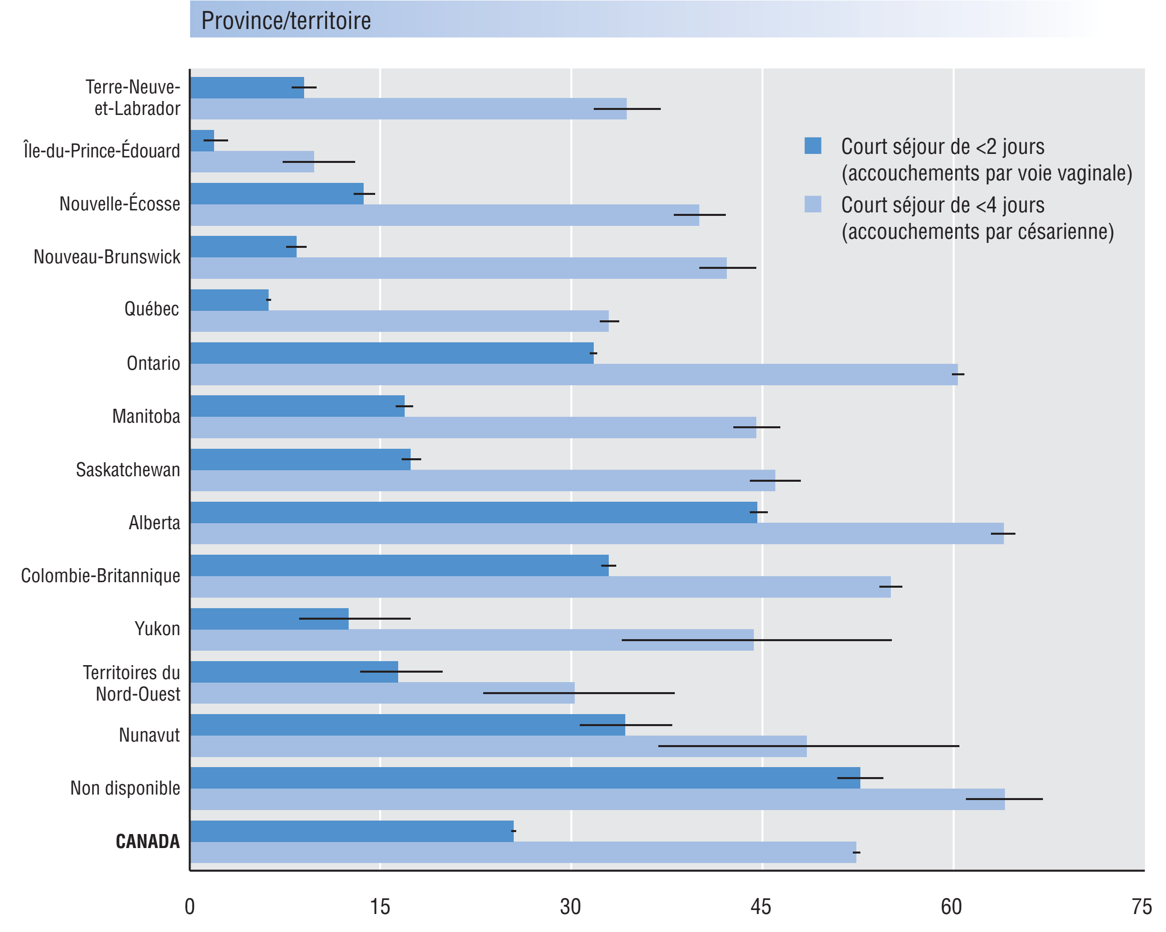
Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Accouchement par voie vaginale	Accouchement par césarienne
	Durée moyenne du séjour en jours (ET)	Durée moyenne du séjour en jours (ET)
1995–1996	2,6 (1,6)	5,0 (2,6)
1996–1997	2,5 (1,5)	4,8 (2,5)
1997–1998	2,4 (1,5)	4,6 (2,5)
1998–1999	2,4 (1,5)	4,5 (2,5)
1999–2000	2,4 (1,5)	4,5 (2,5)
2000–2001	2,4 (1,5)	4,4 (2,4)
2001–2002	2,4 (1,4)	4,2 (2,4)
2002–2003	2,3 (1,4)	4,1 (2,4)
2003–2004	2,3 (1,4)	4,0 (2,3)
2004–2005	2,2 (1,4)	3,9 (2,2)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
ET—écart-type

FIGURE 13.3 Taux de court séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 13.4 **Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire**

Canada, 2004–2005

Province/territoire	Durée moyenne du séjour en jours (ET) pour un accouchement par voie vaginale	Durée moyenne du séjour en jours (ET) pour un accouchement par césarienne
Terre-Neuve-et-Labrador	3,2 (2,0)	4,8 (3,1)
Île-du-Prince-Édouard	3,1 (1,5)	5,0 (2,4)
Nouvelle-Écosse	2,9 (2,0)	4,4 (2,7)
Nouveau-Brunswick	2,7 (1,5)	4,3 (2,5)
Québec	2,6 (1,3)	4,3 (2,3)
Ontario	2,1 (1,3)	3,7 (2,0)
Manitoba	2,4 (1,3)	4,1 (2,4)
Saskatchewan	2,6 (1,5)	4,1 (2,2)
Alberta	1,8 (1,3)	3,6 (2,2)
Colombie-Britannique	2,2 (1,6)	3,9 (2,3)
Yukon	3,0 (1,5)	4,0 (1,8)
Territoires du Nord-Ouest	2,7 (1,8)	4,5 (2,1)
Nunavut	2,1 (1,4)	4,5 (2,9)
Non disponible	2,2 (1,4)	3,5 (2,6)
CANADA	**2,2 (1,4)**	**3,9 (2,2)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
ET—écart-type

Références

1. Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. *JAMC*. 1998;158(7):875–80.

2. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(3):681–7.

3. Britton JR. Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States. *Birth.* 1998;25(3):161–8.

4. Weiss M, Ryan P, Lokken L, Nelson M. Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth.* 2004;31(2):93–101.

5. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy on a large health maintenance organization. *Pediatrics.* 2003;111(3):519–24.

6. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. *Birth.* 2003;30(3):153–9.

7. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, et coll. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001;108(3):719–27.

8. Cargill Y, Martel, MJ (Clinical Practice Obstetrics Committee). Postpartum maternal and newborn discharge: Policy Statement. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(4):357–63.

9. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):836–42.

■ 14. Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance

Shiliang Liu et Reg Sauve

Le taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance s'entend du nombre de nouveau-nés à terme qui obtiennent leur congé tôt de l'hôpital (dans les 48 heures suivant la naissance), par rapport au nombre total de tous les nouveau-nés à terme qui obtiennent leur congé de l'hôpital après l'accouchement (à un endroit et à un moment donnés).

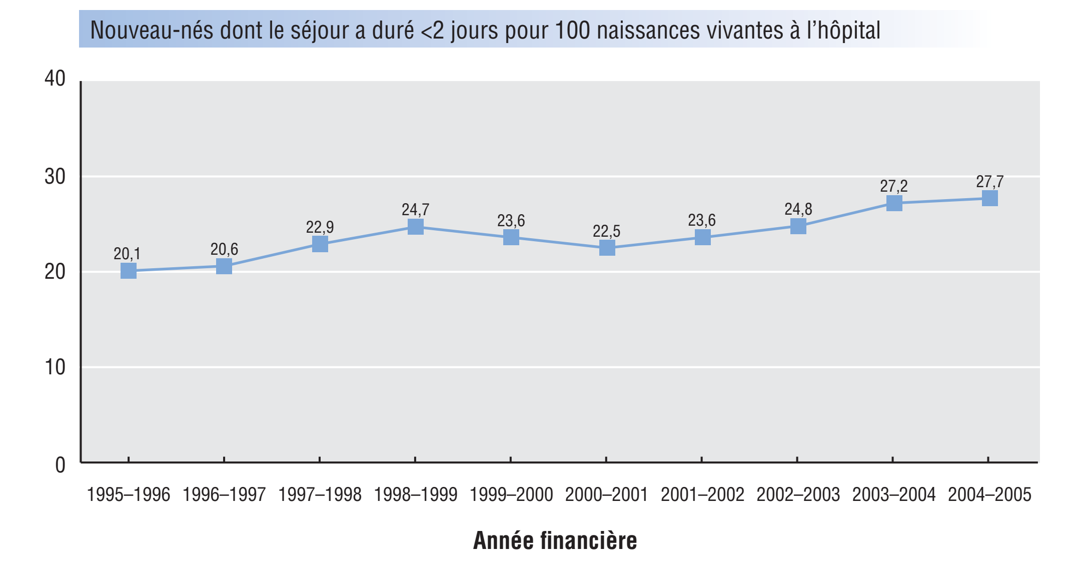
Le congé néonatal précoce, pratique qui consiste à donner aux nouveau-nés leur congé de l'hôpital moins de 48 heures après l'accouchement, constitue l'un des changements aux politiques publiques touchant la pédiatrie qui ont suscité le plus de discussions au cours de la dernière décennie[1–5]. En fait, la tendance au congé plus précoce de l'hôpital dans le cas des nourrissons en bonne santé a commencé à prendre forme au cours des années 1970 et s'est accélérée au début des années 1990 dans le contexte des pressions financières croissantes qui s'exerçaient sur les ressources consacrées aux soins de santé et aux services hospitaliers. Depuis le milieu des années 1990, toutefois, les chercheurs et les organisations professionnelles ont soulevés des préoccupations au sujet de la sécurité du congé très précoce accordé aux nouveau-nés. Des chercheurs ont montré qu'il y avait un lien entre le congé néonatal précoce et un risque accru de mortalité et de morbidité néonatales qui entraînent une réadmission, en particulier à cause de l'ictère et de problèmes d'alimentation[1–3]. Dans un énoncé commun publié en 1996, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) ont recommandé un séjour à l'hôpital d'une durée de 12 à 48 heures pour les femmes et leur nourrisson né à terme s'il n'y a pas de maladie maternelle ou néonatale ou de manque de moyens de soutien sociaux[2]. On a depuis mis en place des programmes comme des visites précoces à la clinique et des suivis à domicile dont on a démontré l'efficacité[5–7]. La SOGC a publié récemment un énoncé de principe sur le congé sécuritaire des nouveau-nés et les arrangements appropriés qui ont trait aux soins continus[4]. Des études récentes ont produit des preuves indiquant que les mesures visant à prévenir le congé très précoce des nouveau-nés ont prolongé la durée du séjour et amélioré l'évolution de l'état de santé du nourrisson, et notamment réduit le nombre d'admissions[6–8].

On a calculé les taux de congé néonatal précoce à partir de données nationales sur l'hospitalisation. Comme cette source de données n'incluait pas toujours l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, on a utilisé les codes de la CIM-9 ou de la CIM-10 pour déterminer les « nouveau-nés à terme ». Nous définissons donc les nouveau-nés à terme ici comme des nouveau-nés qui ont un poids à la naissance de 2 500 grammes ou plus ou un âge gestationnel de 37 semaines ou plus.

Résultats

- Le taux de congé néonatal précoce a augmenté considérablement pour passer de 20,1 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 27,7 en 2004–2005 (figure 14.1).
- Au cours de la période de 2002–2003 à 2004–2005, le pourcentage des nouveau-nés à terme qui ont obtenu leur congé dans les deux jours suivant la naissance a varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada, l'Alberta enregistrant le pourcentage le plus important à 47,8 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital (IC à 95 % : 47,5–48,1) et l'Île-du-Prince-Édouard, le plus faible à 1,9 (IC à 95 % : 1,5–2,4) (figure 14.2).
- Parmi les nouveau-nés à terme, la durée moyenne du séjour à l'hôpital après la naissance a diminué légèrement pour passer de 2,6 jours en 1995–1996 à 2,3 en 2004–2005 (figure 14.3).
- Au cours de la période de 2002–2003 à 2004–2005, la durée moyenne du séjour des nouveau-nés à terme a varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada, l'Alberta affichant le séjour le plus court (1,9 jour—écart-type de 1,3) et l'Île-du-Prince-Édouard, le plus long (3,4 jours—écart-type de 1,7) (figure 14.4).

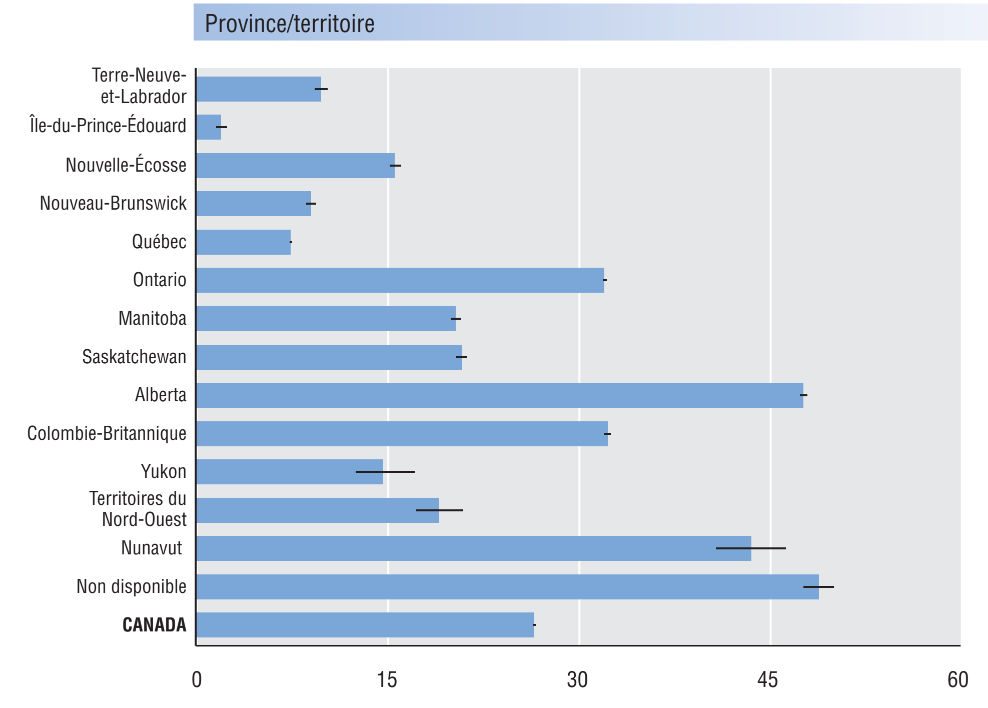
FIGURE 14.1 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, nouveau-nés à terme
Canada, 1995–1996 à 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 14.2 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, nouveau-nés à terme, selon la province/le territoire

*Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées**



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* On a combiné les données des trois années à cause du faible nombre des sujets.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 14.3 Durée moyenne du séjour des nouveau-nés à terme à l'hôpital après la naissance

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Durée moyenne du séjour en jours (ET)
1995–1996	2,6 (1,7)
1996–1997	2,5 (1,6)
1997–1998	2,5 (1,6)
1998–1999	2,4 (1,6)
1999–2000	2,4 (1,6)
2000–2001	2,4 (1,5)
2001–2002	2,4 (1,5)
2002–2003	2,4 (1,5)
2003–2004	2,3 (1,5)
2004–2005	2,3 (1,5)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
ET—écart-type

FIGURE 14.4 Durée moyenne du séjour des nouveau-nés à terme à l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire

*Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées**

Province/territoire	Durée moyenne du séjour en jours (ET)
Terre-Neuve-et-Labrador	2,9 (1,6)
Île-du-Prince-Édouard	3,4 (1,7)
Nouvelle-Écosse	2,7 (1,7)
Nouveau-Brunswick	2,8 (1,8)
Québec	2,7 (1,5)
Ontario	2,2 (1,4)
Manitoba	2,4 (1,6)
Saskatchewan	2,5 (1,7)
Alberta	1,9 (1,3)
Colombie-Britannique	2,3 (1,6)
Yukon	2,9 (1,5)
Territoires du Nord-Ouest	2,7 (1,5)
Nunavut	2,0 (1,5)
Non disponible	2,0 (1,6)
CANADA	**2,3 (1,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* On a combiné les données des trois années à cause du faible nombre des sujets.
ET—écart-type

Limites des données

On ne consigne pas l'heure de la naissance dans la base de données sur la morbidité hospitalière. C'est pourquoi on n'a pu calculer la durée exacte du séjour à l'hôpital (en heures), ce qui serait important—particulièrement dans le cas des nourrissons qui obtiennent leur congé le lendemain de la naissance. Les codes utilisés pour définir le terme nouveau-né peuvent avoir donné lieu à une classification erronée de l'âge gestationnel.

Références

1. Braverman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics.* 1995;96(4 Pt 1):716–26.

2. Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Comité de médecine fœto-maternelle et Comité de pratique clinique—obstétrique. La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme—Énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Paediatr Child Health.* 1996;1(2):165–8.

3. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique.* 2000;91(1):46–50.

4. Cargill Y, Martel MJ (Clinical Practice Obstetrics Committee). Postpartum maternal and newborn discharge: Policy Statement. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(4):357–9.

5. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Length-of-stay policies and ascertainment of post discharge problems in newborns. *Pediatrics.* 2004; 113(1):42–9.

6. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics.* 2004;113(6):1619–27.

7. Martens PJ, Derksen S, Gupta S. Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: A population-based study. *Pediatrics.* 2004;114(3):708–13.

8. Lanksy A, Barfield WD, Marchi KS, Egerter SA, Galbraith AA, Braveman PA. Early postnatal care among healthy newborns in 19 states: Pregnancy risk assessment monitoring system, 2000. *Matern Child Health J.* 2006;10(3):277–84.



B

Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

Répercussions sur la santé maternelle

■ 15. Ratio de mortalité maternelle

Sharon Bartholomew, Robert Liston et Beverley O'Brien

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) s'entend du nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés). On considère que le RMM d'un pays constitue un important indicateur de l'état de santé général de la population[1]. Le Canada a l'un des RMM officiels les plus bas au monde[2], ce qui démontre que nous avons un accès universel à des soins médicaux de grande qualité, que notre population est relativement en bonne santé et que la situation économique et sociale des Canadiennes est généralement favorable.

La **mort maternelle** est définie ainsi dans la CIM-9 et la CIM-10 : « Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans une période de 42 jours après la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a requis, mais non pour une cause accidentelle ou fortuite ». Il importe de signaler que les morts déclarées ici sont celles de la mère. Ces chiffres n'incluent pas les morts associées à l'appareil reproducteur comme celles qui sont attribuables à des infections transmises sexuellement, aux techniques de contraception ou de procréation, à moins qu'il s'agisse de morts maternelles.

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

a) **décès par cause obstétricale directe :** Décès d'une femme qui résulte de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, de traitements incorrects ou d'enchaînement d'événements résultant de l'un des facteurs susmentionnés;

b) **décès par cause obstétricale indirecte :** Décès d'une femme qui résulte d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

La mort maternelle tardive, nouvelle catégorie de décès dans la CIM-10, s'entend du décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la fin de la grossesse. L'OMS recommande de ne **pas** inclure ces décès dans le RMM aux fins des rapports internationaux, mais on peut toutefois les inclure dans le calcul des statistiques nationales.

Nouvelle catégorie de la CIM-10, la **mort liée à la grossesse** désigne les décès survenus pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la cause. Cette catégorie inclut les décès de femmes enceintes attribuables à des causes comme les accidents de la circulation, l'empoisonnement ou la violence. On parle parfois de mort fortuite. Les morts liées à la grossesse ne sont **pas** incluses dans le RMM.

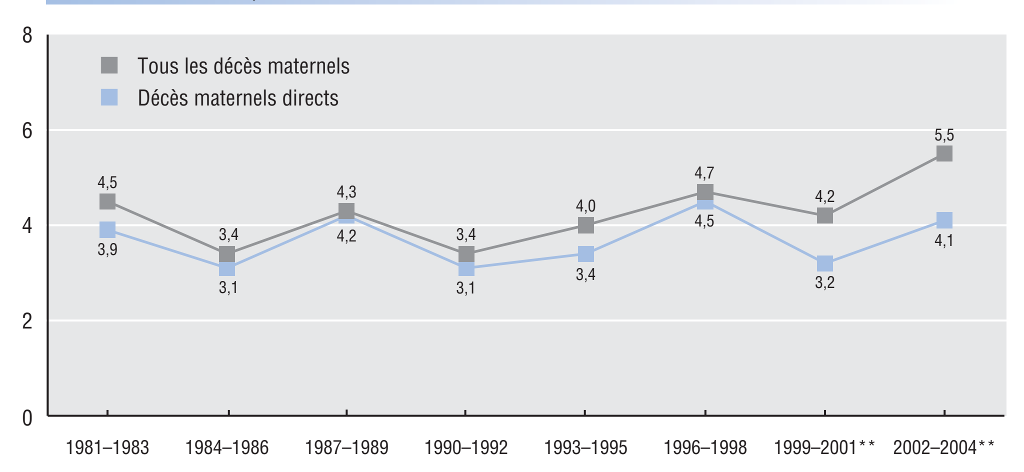
On a calculé les ratios de mortalité maternelle à partir de bases de données nationales sur les statistiques de l'état civil. Dans ces bases de données, les causes sous-jacentes des décès survenus entre le 1er janvier 1981 et le 31 décembre 1999 ont été codées en fonction de la neuvième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-9), *chapitre 11 : Complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral* (630-676)[3]. Les décès survenus au Canada à compter de 2000 ont été codés en fonction de la CIM-10, *chapitre XV : Grossesse, accouchement et puerpéralité* (O00-O99)[4]. L'*annexe A* présente d'autres détails sur la méthodologie.

Résultats

- Le RMM canadien a oscillé entre un minimum de 3,4 pour 100 000 naissances vivantes en 1984–1986 et 1990–1992 et un maximum de 5,5 en 2002–2004 (figure 15.1). Si l'on incluait la mort maternelle tardive dans le ratio de la période de 2002–2004, le RMM atteindrait 5,8 pour 100 000 naissances vivantes.
- Les décès attribuables à des causes obstétricales directes sont les décès maternels les plus courants au Canada. La tendance observée dans le cas de tous les décès est donc attribuable principalement à celle des décès directs.
- L'embolie pulmonaire, les maladies de l'appareil circulatoire, l'hémorragie postnatale et l'hypertension ont été les causes de décès les plus courantes pendant la période de 1981 à 1986 (figure 15.2). À l'exception des décès attribuables à une hémorragie postnatale, dont le nombre a diminué, ces causes sont toujours demeurées les principales causes de décès depuis 1981. Les décès attribuables à une infection puerpérale semblent à la hausse. La montée des décès attribuables à d'autres causes indirectes reflète probablement des changements de classification dans la CIM-10. Pour toutes les périodes, on a attribué un nombre relativement important de décès à d'autres « complications se produisant principalement au cours de l'accouchement ». Cette catégorie inclut les décès associés à des complications comme l'arrêt du travail, des traumatismes obstétriques et leur traitement, ainsi que des complications découlant de l'administration d'un anesthésique ou d'un autre sédatif au cours du travail et de l'accouchement.

FIGURE 15.1 Ratio de mortalité maternelle (RMM)
*Canada, 1981–2004**

Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes



Sources : Années 1981 à 1983[5,6], années 1984–2004 : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1984–2004.
* Au cours de la période 1981–1999, les décès étaient classés en fonction de la CIM-9 et au cours de la période de 2000 à 2004, en fonction de la CIM-10.
** Pour les années 2000 à 2004, les décès attribuables aux codes O96 et O97 de la CIM-10 (morts maternelles tardives) sont exclus de façon à présenter plus fidèlement la tendance temporelle.
Note : Les décès attribuables à des troubles cérébrovasculaires et de l'état puerpéral sont considérés comme des causes de décès indirects dans la CIM-10 et directs dans la CIM-9.

FIGURE 15.2 Ratios de mortalité maternelle (RMM), selon la cause

Canada, 1981–2004

Cause (code de la CIM-9)	1981–1986		1987–1992		1993–1998		1999–2004	
	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 de naissances vivantes	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 de naissances vivantes	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 de naissances vivantes	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 de naissances vivantes
Grossesse ectopique et molaire (630–633)	6	2,7 (1,0–6,0)	4	1,7 (0,4–4,1)	9	4,1 (1,8–7,4)	4	2,0 (0,8–5,3)
Autre grossesse aboutissant à un avortement (634–639)	3	1,3 (0,3–3,7)	6	2,6 (1,0–5,9)	3	1,4 (0,3–3,7)	2	1,0 (0,3–3,4)
Hémorragie antepartum, décollement placentaire et placenta praevia (641)	5	2,2 (0,8–5,6)	7	3,0 (1,1–6,3)	11	5,0 (2,2–9,3)	5	2,5 (0,9–5,8)
Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (642)	10	4,5 (2,0–7,8)	16	6,8 (3,8–11,1)	17	7,7 (4,3–12,0)	12	6,0 (3,4–10,3)
Autres complications de la grossesse. NCA (640, 643, 644, 645, 646)	2	0,9 (0,4–3,3)	0	0 (0,0–1,4)	1	0,5 (0,2–2,8)	5	2,5 (0,9–5,8)
*Accouchement normal et autres indications de soins au cours de la grossesse du travail et de l'accouchement (650–659)	0	0 (0,0–1,4)	1	0,4 (0,2–2,8)	2	0,9 (0,5–3,3)	1	0,5 (0,3–2,9)
Hémorragie postpartum (666)	12	5,3 (3,0–9,6)	8	3,4 (1,3–6,7)	3	1,4 (0,3–3,7)	5	2,5 (0,9–5,8)
Complications survenant principalement au cours du travail et de l'accouchement, NCA (660–665, 667–669)	14	6,2 (3,5–10,5)	7	3,0 (1,1–6,3)	7	3,2 (1,2–6,5)	13	6,5 (3,7–10,8)
Infection puerpérale grave (670)	0	0 (0,0–1,4)	3	1,3 (0,3–3,7)	3	1,4 (0,3–3,7)	6	3,0 (1,1–6,3)
Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	4	1,8 (0,4–4,2)	8	3,4 (1,3–6,7)	3	1,4 (0,3–3,7)	4	2,0 (0,8–5,3)
Embolie pulmonaire obstétricale (673)	13	5,8 (3,3–10,1)	13	5,5 (3,1–9,8)	19	8,6 (5,1–13,8)	10	5,0 (2,2–9,3)
Complications des suites de couches, autres et sans précision, NCA (674.1–674.9)	4	1,8 (0,4–4,2)	9	3,8 (1,4–7,2)	3	1,4 (0,3–3,7)	6	3,0 (1,1–6,3)
**Maladies de l'appareil circulatoire	12	5,3 (3,0–9,6)	8	3,4 (1,3–6,8)	13	5,9 (3,3–10,2)	15	7,5 (4,2–12,8)
Inclut : Troubles cérébrovasculaires pendant les suites de couches (674.0)	5	2,2 (0,8–5,6)	3	1,3 (0,3–3,7)	6	2,7 (1,0–6,1)	13	6,5 (3,7–10,8)
648.5 (maladie cardiovasculaire congénitale) +648.6 (autre maladie cardiovasculaire)	7	3,1 (1,2–6,5)	5	2,1 (0,8–4,5)	7	3,2 (1,2–6,5)	2‡	1,0 (0,3–3,4)
Autres causes indirectes (647, 648.0–648.4, 648.7–648.9)	2	0,9 (0,4–3,3)	0	0 (0,0–1,4)	2	0,9 (0,5–3,3)	9	4,5 (2,0–8,8)
Total, exception faite des morts maternelles tardives (RMM pour 100 000 naissances vivantes)	88	3,9 (3,2–4,8)	90	3,8 (3,1–4,7)	96	4,3 (3,5–5,3)	97	4,9 (3,9–5,9)
Morts maternelles tardives selon les nouveaux codes de la CIM–10 (O96,O97)§	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	6§	3,0 (1,1–6,3)

Sources : Années 1981–1983[5,6], années 1984–2004 : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1984–2004.

* Les codes 650 à 659 de la CIM-9 comprennent les suivants : accouchement entièrement normal, gestation multiple, position et présentation anormales du fœtus, disproportion, anomalie des tissus mous du bassin et des organes pelviens, anomalies fœtales connues ou présumées conditionnelles à la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère, autres problèmes concernant le fœtus et le placenta conditionnant la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère, polyhydramnios, autres problèmes se rapportant à la cavité amniotique et aux membranes et autres indications de soins ou d'interventions concernant le travail et l'accouchement, NCA.

** *Maladies de l'appareil circulatoire* est le titre du code O99.4 de la CIM-10. On a choisi ce groupement plutôt que le groupement antérieur des codes de la CIM-9 pour ce tableau, car il reflète plus fidèlement l'effet que ces décès ont sur les décès maternels au Canada et les modifications de la façon de les classer dans la CIM-10.

‡ Années antérieures à 2000 seulement.

§ 2000–2004 seulement.

IC—intervalle de confiance

NCA—non classé ailleurs

Limites des données

Des travaux récents ont mis en évidence les limites de la déclaration de la mortalité maternelle à partir des statistiques nationales de l'état civil. En 2004, le Système canadien de surveillance périnatale a dévoilé les résultats d'une étude au cours de laquelle les chercheurs ont analysé les décès à l'échelon national (sauf le Québec) pendant les années 1997–2000 en se fondant sur les statistiques de l'état civil et les données sur les hospitalisations, ainsi que sur les renseignements recueillis directement des coroners/médecins légistes et d'équipes d'étude des décès maternels[7]. Cette étude a révélé que le RMM pour les années en question s'établissait à 6,1 pour 100 000 naissances vivantes. Ce résultat concorde avec des estimations fournies par une étude antérieure d'établissement de lien entre les enregistrements[8] et des estimations internationales du RMM canadien qui tiennent comptent d'une sous-déclaration probable[2,9,10]. Selon les statistiques de l'état civil, on estime toutefois que le RMM pour les mêmes années s'établissait à 3,8 pour 100 000 naissances vivantes pour l'ensemble du Canada.

Globalement, l'amélioration de la surveillance et l'étude de cas visant à améliorer la qualité de la déclaration de la mortalité maternelle deviennent des priorités[11,12]. Les études de cas détaillées et les rapports peuvent faire mieux connaître l'occurrence des morts maternelles et leur caractère évitable et aboutir à la formulation de recommandations portant sur des interventions précises visant à améliorer la qualité des soins[7].

Références

1. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. *Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle : nouvelle méthodologie. OMS et UNICEF*. Genève : OMS; 1996.

2. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale*. Genève : OMS; 2001.

3. Organisation mondiale de la Santé. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Neuvième révision, vol. 1. Genève : OMS; 1977.

4. Organisation mondiale de la Santé. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision, vol. 1. Genève : OMS; 1996.

5. Statistique Canada. *Causes de décès, 1981, 1982, 1983*. Ottawa : Statistique Canada, Division de la santé (nº 82-203-XPB au catalogue (annuel)).

6. Statistique Canada. *Statistique de l'état civil : volume 1, Naissances et décès, 1981, 1982, 1983*. Ottawa : Statistique Canada, Division de la santé (nº 82–204 au catalogue (annuel)).

7. Santé Canada. *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada—Surveillance accrue : la voie de la prévention.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2004.

8. Turner LA, Cyr M, Kinch RA, Liston R, Kramer MS, Fair M, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles). Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada.* 2002;23(1):26–30.

9. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP*. Genève : OMS; 2001.

10. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. *Mortalité maternelle en 2000 : évaluation de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA*. Genève : OMS; 2004.

11. Lewis G, (Éditeur). (Confidential Enquiry into Maternal Deaths). *Why mothers die 2000–2002: The sixth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* Londres : RCOG Press; 2004.

12. Hoyert DL. Maternal Mortality and Related Concepts. *Vital Health Stat.* 2007;3(33). Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 2007.

16. Taux de morbidité maternelle grave

Ling Huang, Robert Liston et K.S. Joseph

Le taux de morbidité maternelle grave représente le nombre de femmes qui ont une morbidité maternelle grave mettant leur vie en danger pour 100 000 accouchements (à un endroit et à un moment donnés). Le taux de morbidité maternelle grave est un indice important qui complète le ratio de mortalité maternelle dans les pays industrialisés et peut représenter le fardeau qu'imposent à la population la maladie et l'incapacité découlant de « mortalité maternelle potentiellement mortelle »[1]. Il n'y a pas de critères universels reconnus pour identifier les patientes qui ont une morbidité maternelle grave et c'est pourquoi le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) a dressé une liste de problèmes maternels graves (présentés dans le *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada*)[2]. Cette section met en évidence l'embolie amniotique et l'hémorragie postpartum.

L'embolie amniotique est une complication obstétrique grave difficile à diagnostiquer et dont l'étiologie est mal comprise. En dépit de sa rareté, l'embolie amniotique est l'une des principales causes de mortalité maternelle dans les pays industrialisés, incriminée dans 8 % à 13 % des morts maternelles directes au cours des deux dernières décennies[3–4]. Une récente étude épidémiologique a démontré un risque accru d'embolie amniotique chez les femmes dont le travail est déclenché médicalement[5]. On a aussi constaté des risques plus élevés chez les femmes plus âgées, celles qui subissent une césarienne ou un accouchement chirurgical et celles qui ont des complications de la grossesse. Le jeune âge de la mère et la dystocie constituent des facteurs protecteurs[5].

Même si l'hémorragie postpartum n'est plus une des principales causes de mortalité maternelle dans les pays industrialisés, elle demeure une importante préoccupation clinique. Il est possible d'établir un lien entre l'hémorragie postpartum (HPP) grave et une morbidité grave supplémentaire comme le syndrome de détresse respiratoire, la coagulopathie, le choc et le syndrome de Sheehan[6]. Comme le degré de l'HPP est un peu subjectif, on saisit mal l'information sur sa gravité dans les grandes bases de données périnatales. C'est pourquoi on considère souvent l'HPP qui nécessite une hystérectomie comme une mesure substitut de l'HPP grave.

On a calculé les taux d'embolie amniotique, d'hémorragie postpartum et d'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie à partir des données sur les hospitalisations.

Résultats

- L'embolie amniotique est rare au Canada. Son incidence globale pendant la période de 1995–1996 à 2004–2005 s'est établie à 6,5 pour 100 000 accouchements. On n'a pas observé de tendance temporelle claire au niveau de l'incidence de l'embolie amniotique au cours de la dernière décennie (figure 16.1).
- Entre 1995–1996 et 2004–2005, l'incidence globale de l'HPP s'est établie à 50,2 pour 1 000 accouchements. Les taux sont passés de 45,8 pour 1 000 accouchements en 1995–1996 à 53,8 en 2000–2001 et ont diminué graduellement par la suite. On a observé une tendance temporelle semblable dans le cas de l'hémorragie postpartum atonique (hémorragie survenue dans les 24 heures suivant la libération du placenta à cause de l'atonie [incapacité de contracter] de l'utérus) qui a représenté 76,9 % du total global des HPP. L'incidence de l'HPP nécessitant

une hystérectomie a augmenté considérablement pour passer de 35,1 pour 100 000 accouchements en 1995–1996 à 45,6 en 1999–2000 et osciller ensuite entre 40,7 et 50,6 à compter de 2000–2001 (figure 16.1). Une étude du SCSP a montré que les tendances à la hausse des taux d'hémorragie postpartum et d'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie sont attribuables à des augmentations des taux d'hémorragie postpartum atonique[7].

- Au cours de la période de 2002–2003 à 2004–2005, les taux d'hémorragie postpartum ont varié considérablement selon les provinces et les territoires, d'un minimum de 28,8 (IC à 95 % : 23,9–34,4) pour 1 000 accouchements à l'Île-du-Prince-Édouard à un maximum de 139,6 (IC à 95 % : 118,4–163,1) au Yukon. Les taux d'hémorragie postpartum atonique ont aussi varié considérablement de 21,2 (IC à 95 % : 17,1–26,1) pour 1 000 accouchements à l'Île-du-Prince-Édouard à 120,0 (IC à 95 % : 100,1–142,1) au Yukon (figure 16.2). On n'a pas présenté les variations géographiques des taux d'embolie amniotique à cause du faible nombre de cas déterminés dans certaines provinces et certains territoires.

FIGURE 16.1 Incidence de l'embolie amniotique, de l'hémorragie postpartum (HPP), de l'HPP atonique et de l'HPP nécessitant une hystérectomie

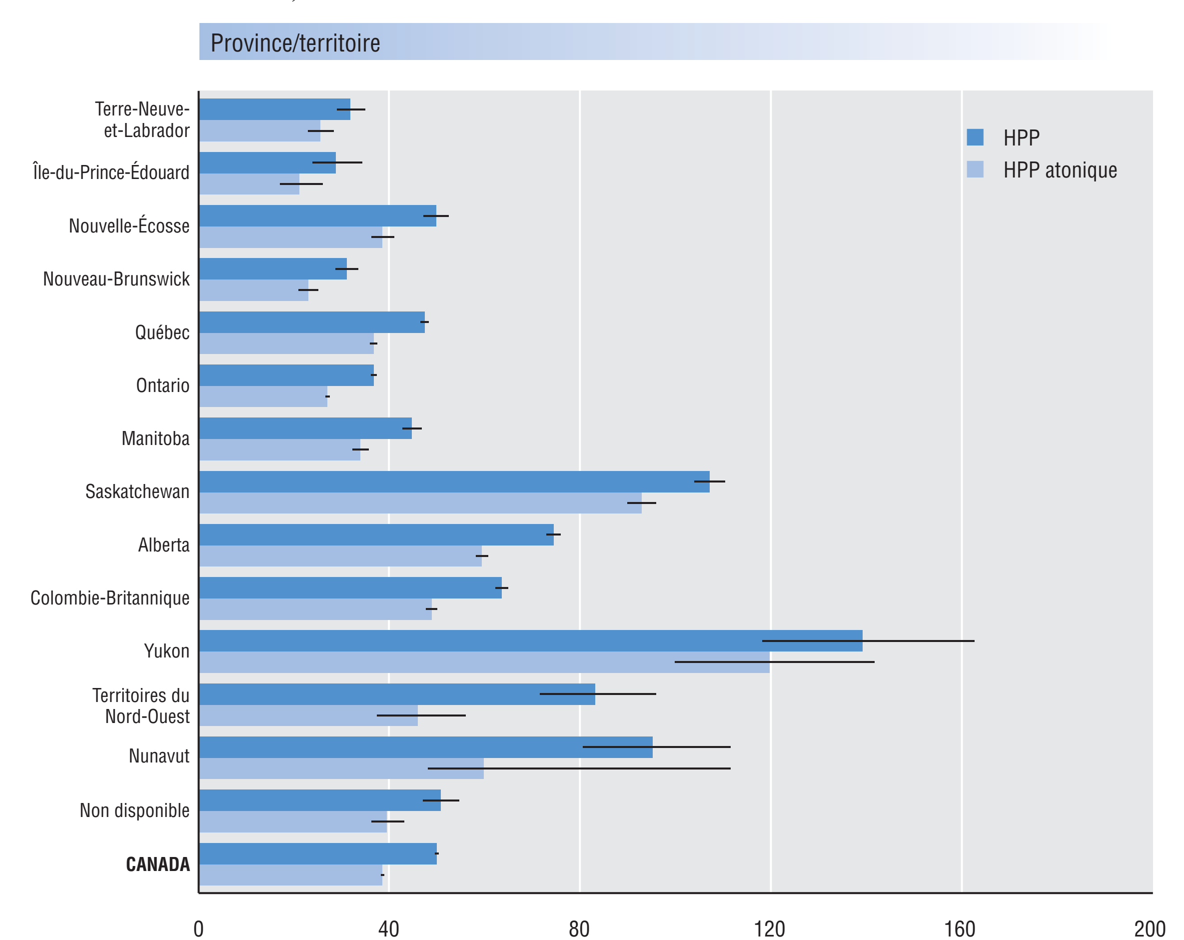
Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Embolie amniotique	HPP	HPP atonique	HPP nécessitant une hystérectomie
	Incidence pour 100 000 accouchements à l'hôpital	Incidence pour 1 000 accouchements à l'hôpital	Incidence pour 1 000 accouchements à l'hôpital	Incidence pour 100 000 accouchements à l'hôpital
1995–1996	6,7	45,8	33,8	35,1
1996–1997	6,4	47,8	36,3	32,6
1997–1998	7,8	48,5	36,5	37,0
1998–1999	5,6	51,0	39,3	39,6
1999–2000	3,3	53,6	42,0	45,6
2000–2001	4,9	53,8	42,4	43,4
2001–2002	7,6	52,0	40,4	46,7
2002–2003	9,5	51,0	39,4	44,3
2003–2004	6,9	49,4	37,9	50,6
2004–2005	6,6	49,8	38,7	40,7
TOTAL	**6,5**	**50,2**	**38,6**	**41,4**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 16.2 **Incidence de l'hémorragie postpartum (HPP) et de l'HPP atonique, selon la province/le territoire**

*Canada, 2002–2003 à 2004–2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000–2001 à 2004–2005.
* On a combiné les données des trois années à cause du faible nombre des sujets.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

Les problèmes maternels sélectionnés ont été identifiés à partir des 16 codes diagnostiques d'hospitalisation (selon la Classification internationale des maladies, neuvième révision [CIM-9] ou la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision [CIM-10]) ou de dix codes d'intervention (suivant Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques et chirurgicaux [CCA] ou la Classification canadienne des interventions [CCI]) disponibles dans la Base de données sur la morbidité hospitalière. La conversion des codes de la CIM-9 à la CIM-10 et de la CCA à la CCI qui s'est produite de 2001 à 2002 et par la suite peut avoir eu une incidence sur les tendances temporelles observées. On sait que l'embolie amniotique est surdéclarée dans les bases de données sur l'hospitalisation, étant donné le taux beaucoup plus faible de fatalité des cas révélé par ces données comparativement à ceux que l'on trouve dans des études basées dans les hopitaux[8]. Les taux d'embolie amniotique, d'HPP, d'HPP atonique et d'HPP nécessitant une hystérectomie présentés dans ce rapport diffèrent de ceux qui ont été publiés ailleurs parce que le présent rapport repose sur la Base de données sur la morbidité hospitalière et inclut l'ensemble des provinces et des territoires du Canada (contrairement à la Base de données sur les congés des patients utilisée dans d'autres publications).

Références

1. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(9):985–90.

2. Santé Canada. *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada—Surveillance accrue : la voie de la prévention.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2004.

3. Lewis G (Éditeur). (Confidential Enquiry into Maternal Deaths). *Why mothers die 2000–2002: The sixth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* Londres : RCOG Press; 2004.

4. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991–1997. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):289–96.

5. Kramer MS, Rouleau J, Baskett TF, Joseph KS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Amniotic-fluid embolism and medical induction of labour: a retrospective, population-based cohort study. *Lancet.* 2006;368(9545):1444–8.

6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):1039–47.

7. Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, Young DC, Liston RM, Baskett TF (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Investigation of an increase in postpartum hemorrhage in Canada. *BJOG.* 2007;114(6):751–9.

8. Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Rusen ID, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001. *JAMC.* 2005;173(7):759–64.

17. Ratio d'avortement provoqué

Catherine McCourt et Madeline Boscoe

Le ratio d'avortement provoqué s'entend du nombre d'avortements provoqués pour 100 naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés). Un indicateur connexe, soit le taux d'avortement provoqué selon l'âge, désigne le nombre d'avortements provoqués pour 1 000 femmes du même groupe d'âge.

L'accès à des services d'avortement sécuritaires et appropriés constitue un indicateur de l'attitude de la société à l'égard des femmes et de leur droit au choix génésique. On estime toutefois que dans le monde entier, les avortements non sécuritaires causent au total quelque 70 000 décès chez les femmes chaque année et 13 % de la mortalité maternelle dans les pays en développement[1]. En 1969, le Parlement du Canada a adopté une loi pour réglementer l'avortement en vertu du *Code criminel*. Cette loi permettait à des médecins qualifiés de pratiquer un avortement approuvé au préalable par un comité d'avortement thérapeutique. Dans une décision qu'elle a rendue en 1988, la Cour suprême du Canada a jugé que cette façon de procéder était non constitutionnelle. La loi de 1969 a été rendue inexécutable, ce qui a décriminalisé en fait l'avortement[2]. Il reste toutefois des obstacles à l'accès, y compris les coûts inattendus (p. ex., frais d'utilisation des services cliniques) et l'obligation de se déplacer pour obtenir des services d'avortement[3].

Les médecins qualifiés qui ont suivi une formation et leurs patientes peuvent choisir des méthodes médicales ou chirurgicales d'interruption de la grossesse, dépendant de l'âge gestationnel, de l'état médical de la femme et d'autres facteurs[4]. Les femmes qui veulent se faire avorter devraient recevoir des conseils de soutien comportant une discussion sur toutes les options, y compris la poursuite de la grossesse, ainsi que des conseils sur la contraception[4].

L'Institut canadien d'information sur la santé est chargé de la collecte, à l'échelon national, de données sur les avortements pratiqués en contextes hospitalier et clinique. Statistique Canada fait ensuite rapport des statistiques ainsi recueillies. Des données nationales sur les avortements provoqués comportent d'importantes limites, comme on le verra ci-dessous, et il faut les interpréter avec beaucoup de prudence. Il importe de reconnaître ces problèmes en espérant que l'on fera les efforts nécessaires pour améliorer les données et arriver à mieux comprendre cette grande question.

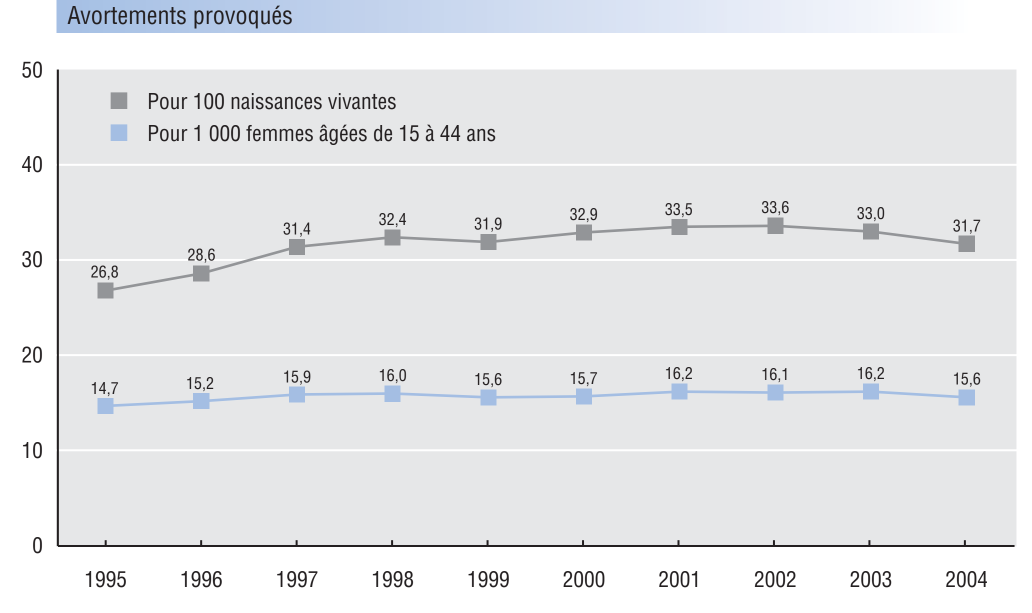
Résultats

- En 2004, le ratio déclaré d'avortement provoqué s'est établi à 31,7 pour 100 naissances vivantes au Canada (exception faite de l'Ontario) (figure 17.1). Il a augmenté depuis 1995, mais il est plus stable depuis quelques années. En 2004, le taux canadien d'avortement provoqué a atteint 15,6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans (exception faite de l'Ontario). Comme dans le cas du ratio d'avortement provoqué, le taux semble se stabiliser depuis quelques années. Étant donné les limites des données, il n'est toutefois pas certain que ces estimations produisent un tableau exact des tendances temporelles. Il s'agit clairement là de sous-estimations du nombre de femmes canadiennes qui ont subi un avortement provoqué en 2004.

- En 2004, les ratios et les taux provinciaux et territoriaux d'avortement provoqué ont varié considérablement (figure 17.2). C'est l'Île-du-Prince-Édouard qui a affiché les statistiques les plus basses—un ratio d'avortement provoqué de 10,3 (IC à 95 % : 8,7–12,0) pour 100 naissances vivantes et un taux de 4,9 (IC à 95 % : 4,2–5,8) pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Le Québec a affiché le ratio le plus élevé d'avortement provoqué à 41,3 (IC à 95 % : 41,0–41,7) pour 100 naissances vivantes, et les Territoires du Nord-Ouest, eux, ont affiché le taux le plus élevé, à 24,8 (IC à 95 % : 21,9–27,9), d'avortements provoqués pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Là encore, il faut interpréter ces résultats avec prudence à cause des limites des données. Les variations entre administrations peuvent être attribuables à une déclaration incomplète, à une assignation inexacte de la résidence, à des différences au niveau de l'accès aux services d'avortement en cabinet, à des différences au niveau de l'accès à n'importe quel service d'avortement, ou à des différences quant au besoin.
- Les femmes âgées de 20 à 24 ans ont affiché le taux le plus élevé d'avortement provoqué en 2004, suivi de celles de 25 à 29 ans (figure 17.3). Ce sont les groupes les plus jeunes et les plus âgés qui ont affiché les taux les plus bas. En guise de comparaison, les ratios les plus élevés d'avortement provoqué ont été enregistrés chez les adolescentes, et ensuite chez les femmes au début de la vingtaine. Les ratios augmentent encore chez les femmes âgées de 40 ans et plus.
- En 2004, les cliniques ont pratiqué 47 % des avortements provoqués déclarés à l'échelon national. Le pourcentage a changé avec le temps, parallèlement aux tendances de la prestation des services. En 1996, 33 % des avortements provoqués déclarés étaient pratiqués en clinique[5].

FIGURE 17.1 Ratio et taux d'avortement provoqué*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*



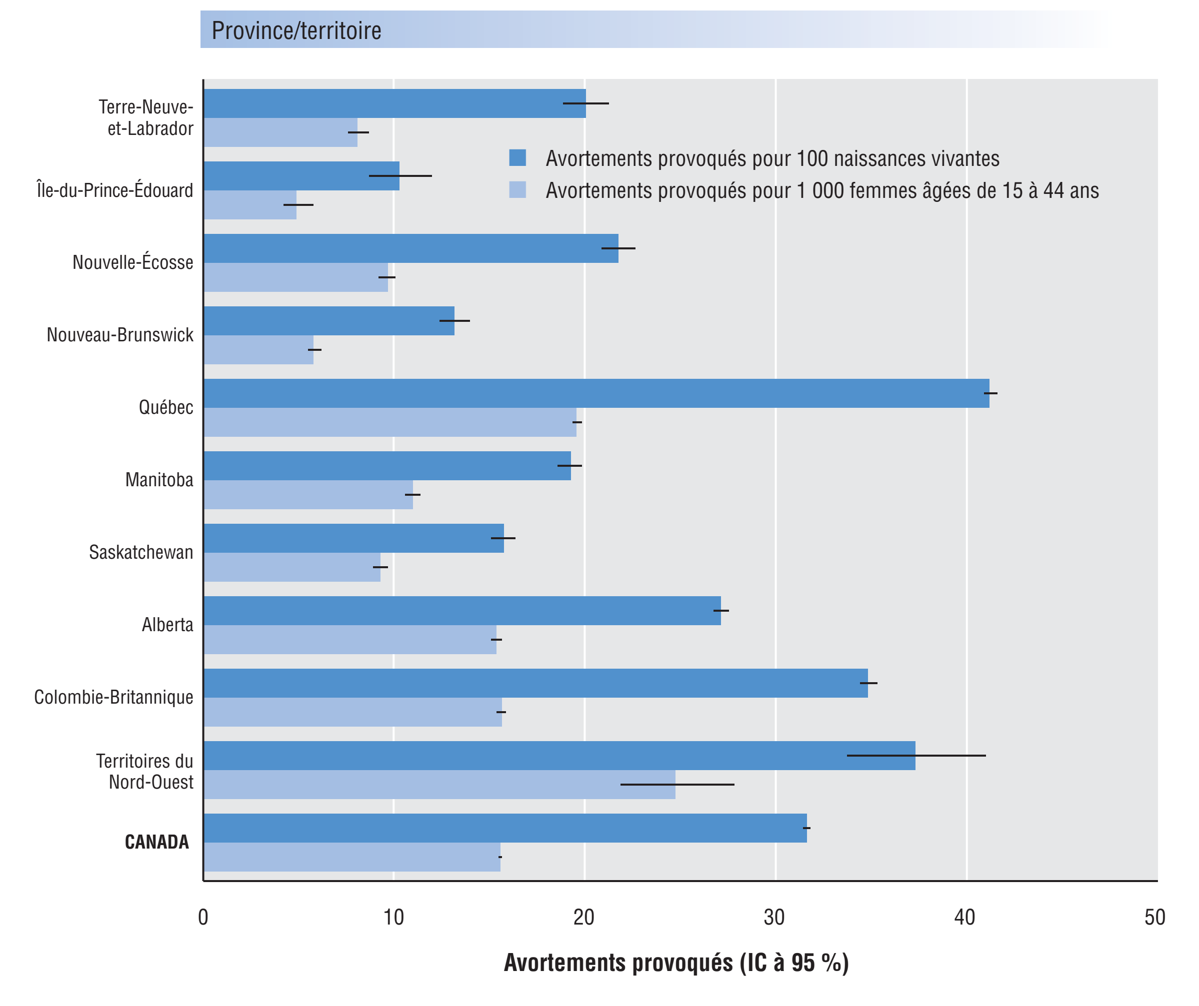
Sources : Statistique Canada. Issues de la grossesse 2004—nº 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001—Estimations de la population canadienne, 1995–2004.

* Inclut les avortements pratiqués sur des résidentes canadiennes dans certains états des États-Unis (avant 2004). Inclut les cas dont l'âge n'est pas indiqué, ainsi que les avortements subis par des femmes de 14 ans ou moins et de 45 ans ou plus. Le taux est fondé sur la population des femmes de 15 à 44 ans. Peut inclure des avortements pratiqués au Canada sur des non-résidentes. Pour 2002 et 2003, on a exclu les données sur le Nunavut à cause d'une déclaration incomplète.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

FIGURE 17.2 Ratio et taux d'avortement provoqué*, selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario, du Yukon et du Nunavut)**, 2004*



Sources : Statistique Canada. Issues de la grossesse 2004—nº 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001—estimation de la population canadienne, 1995–2004.

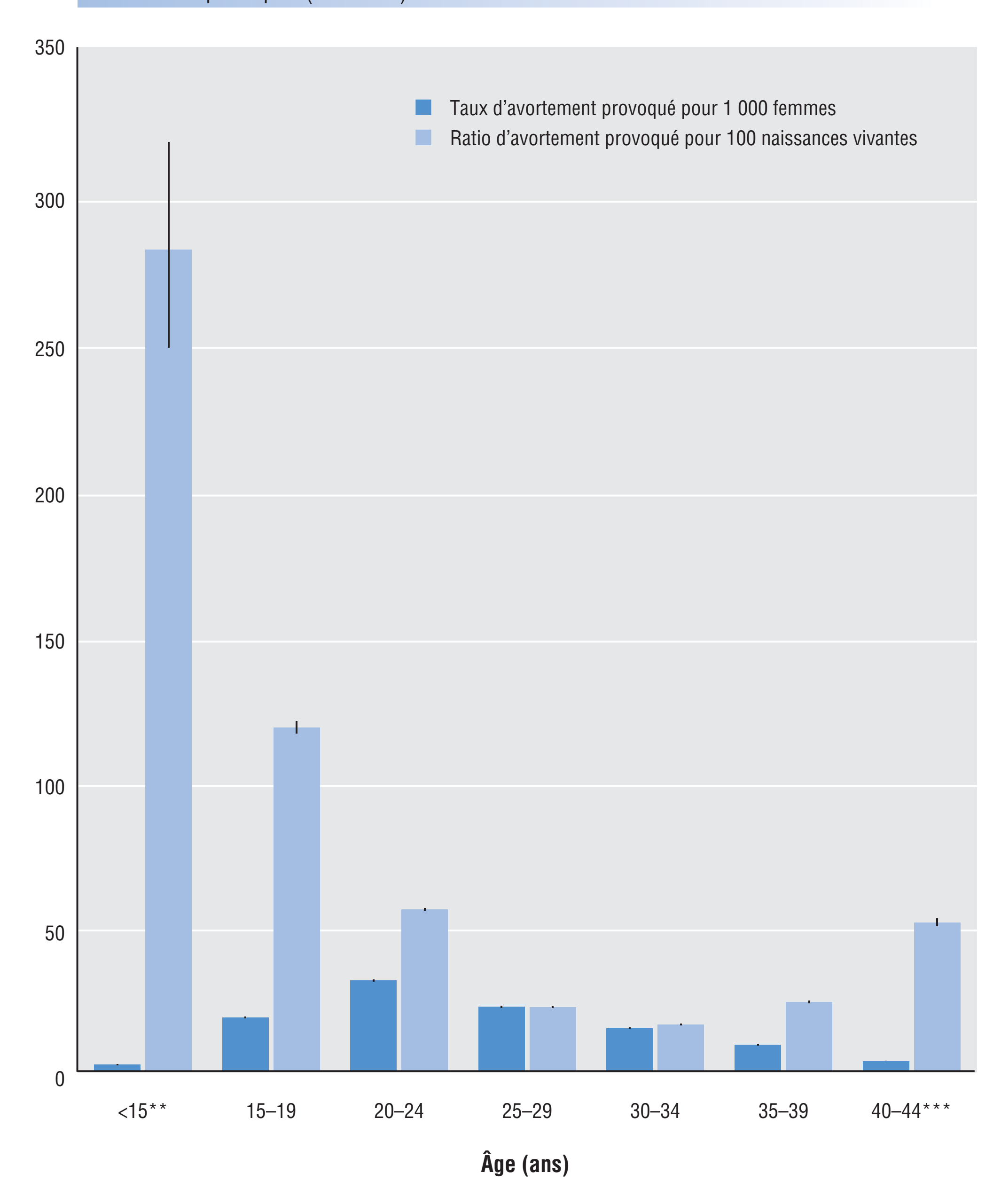
* Inclut les cas dont l'âge n'est pas indiqué, ainsi que les avortements pratiqués sur des femmes de 14 ans et moins et de 45 ans et plus. Le taux est fondé sur la population des femmes de 15 à 44 ans. On peut déduire la province ou le territoire de résidence à cause de renseignements manquants. Peut inclure des avortements pratiqués au Canada sur des non-résidentes.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*. En 2004, le nombre de cas était trop faible au Nunavut et au Yukon pour être rapporté.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 17.3 Taux et ratio d'avortement provoqué, selon l'âge

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Sources : Statistique Canada. Issues de la grossesse 2004—nº 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001—Estimations de la population canadienne, 1995–2004.

* Peut inclure des avortements pratiqués au Canada sur des non-résidentes. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Taux fondé sur la population des femmes âgées de 14 ans.

*** Inclut les avortements provoqués chez les femmes de 45 ans et plus. Le taux est fondé sur la population des femmes âgées de 40 à 44 ans.

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Les statistiques nationales sur l'avortement provoqué comportent des limites marquées[6] et il faut les interpréter avec prudence. Les problèmes comprennent l'exclusion des avortements pratiqués dans des cabinets de médecins—qu'il s'agisse d'avortements médicaux ou d'avortements chirurgicaux au tout début de la grossesse—et les déclarations incomplètes des hôpitaux et des cliniques au Canada. Les données de 2004, par exemple, n'incluent pas l'information provenant des cliniques du Manitoba. Les statistiques fournies à la base de données nationale par les provinces peuvent exclure complètement les patientes de l'extérieur de la province, ou l'on peut avoir attribué incorrectement la province ou le territoire de résidence dans la base de données. Des établissements ne fournissent même pas des groupements selon l'âge des patientes, ce qui oblige à attribuer les groupes d'âge. Les statistiques nationales sur l'avortement provoqué n'incluent pas les motifs de l'interruption de la grossesse, renseignements importants pour la surveillance détaillée des avortements et des anomalies congénitales.

Références

1. Okonofua F. Abortion and Maternal Mortality in the Developing World. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(11):974–9.

2. *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

3. Shaw J. *Retour à la réalité : un aperçu de l'accès aux services d'avortement dans les hôpitaux canadiens*. Ottawa : Association canadienne pour la liberté de choix; 2006.

4. Directive sur l'interruption volontaire de grossesse. Directive clinique n° 184 de la SOGC. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28:1014–27.

5. Statistique Canada. *Statistiques sur les avortements provoqués—2004* [Internet]. Ottawa : ministre de l'Industrie; 2007. [Cité le 23 novembre 2007]. N° 82-223-XIF au catalogue. Disponible à : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-223-XIF/82-223-XIF2007000.pdf

6. Statistique Canada. *Qualité des données de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques—2004* [Internet]. Ottawa : ministre de l'Industrie; 2007. [Cité le 23 novembre 2007]. N° 82-223-X au catalogue. Disponible à : http://www.statcan.ca/francais/sdds/document/3209_D4_T2_V5_F.pdf

18. Taux de grossesse ectopique

Catherine McCourt, Shuqin Wei et William Fraser

Le taux de grossesse ectopique s'entend du nombre de grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses déclarées (à un endroit et à un moment donnés).

La grossesse ectopique, définie comme l'implantation du blastocyste ailleurs que dans la muqueuse endométriale de la cavité utérine[1], constitue une importante cause de morbidité et de mortalité maternelles. Dans les pays industrialisés, elle arrive au premier rang des causes de décès maternels au cours du premier trimestre de la grossesse et entraîne jusqu'à 10 % de tous les décès maternels[2]. Au Canada, 6,5 % des morts maternelles signalées par Statistique Canada au cours des années 1993 à 2004 étaient attribuables à une grossesse ectopique ou molaire (voir la page 109 dans le présent rapport).

Les dommages aux trompes causés par des grossesses ectopiques antérieures, une intervention chirurgicale antérieure aux trompes et une pathologie des trompes sont les principaux facteurs de risque de grossesse ectopique. Une infection pelvienne antérieure (causée par la chlamydia génitale, la gonorrhée ou une autre infection), l'infertilité, le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel, l'utilisation d'un dispositif contraceptif intrautérin et le tabagisme augmentent aussi le risque[3]. Des données indiquent que les femmes qui suivent un traitement de procréation assistée s'exposent à un risque accru de grossesse ectopique[4]. Les taux de grossesse ectopique ont augmenté dans plusieurs pays entre les années 1970 et 1990[4–6], mais ils sont présentement à la baisse[4,6]. Ce calcul peut être attribuable à des changements des facteurs de risque qui modifient l'incidence, mais des facteurs comme le diagnostic plus précoce, l'augmentation de la prise en charge en service externe et d'autres questions liées aux données peuvent aussi jouer un rôle dans les variations au fil du temps[4,6].

On a calculé les taux de grossesse ectopique à partir des données sur l'hospitalisation.

Résultats

- En 2004–2005, le taux de grossesse ectopique au Canada s'est établi à 11,9 pour 1 000 grossesses déclarées. Le taux est à la baisse depuis 1995–1996 (figure 18.1).
- En 2004–2005, les taux de grossesse ectopique selon la province/le territoire ont oscillé entre 6,4 (IC à 95 % : 2,9–12,2) pour 1 000 grossesses déclarées à l'Île-du-Prince-Édouard et 31,8 (IC à 95 % : 20,9–46,3) pour 1 000 grossesses dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les taux augmentent d'est en ouest et en particulier dans le nord (à noter les intervalles de confiance importants pour les territoires et les provinces plus petites, figure 18.2). On constate aussi cette variation géographique dans les taux d'infection par la chlamydia génitale et de gonorrhée en 2004[7].
- En 2004–2005, le taux de grossesse ectopique a augmenté en fonction de l'âge de la mère (figure 18.3). Cette augmentation peut être attribuable en partie à une prévalence plus importante des dommages aux trompes chez les femmes plus âgées.
- Les taux à la hausse d'infections transmises sexuellement observés dans certaines régions du Canada[7] pourraient entraîner une augmentation des taux de dommage aux trompes au cours des premières années de fécondité et à une augmentation subséquente des taux de grossesse ectopique chez les femmes au cours des années de fécondité les plus actives.

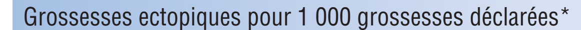
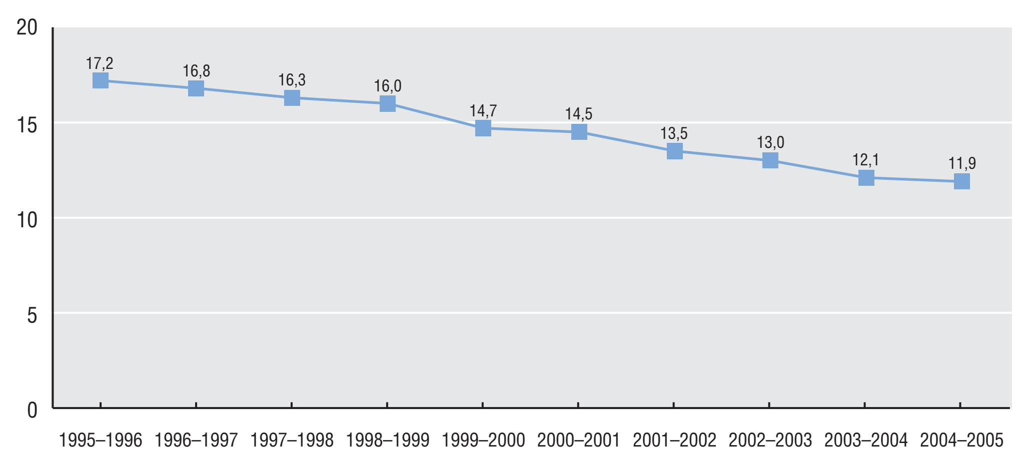


FIGURE 18.1 Taux de grossesse ectopique

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

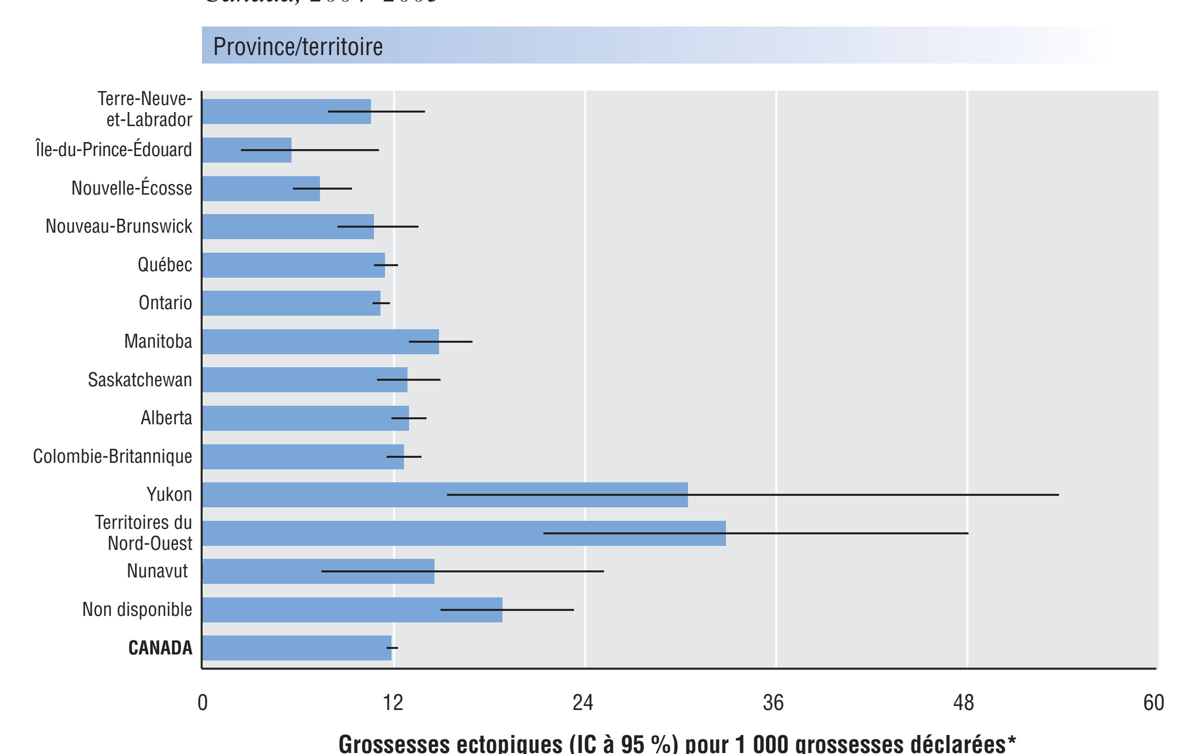


Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

* Les grossesses déclarées incluent tous les accouchements pratiqués à l'hôpital, les avortements provoqués à l'hôpital en service interne et les grossesses ectopiques prises en charge en service interne, mais non les avortements spontanés, les avortements provoqués en chirurgie de jour à l'hôpital, les avortements provoqués en clinique ou les grossesses ectopiques traitées en service externe.

FIGURE 18.2 Taux de grossesse ectopique, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005



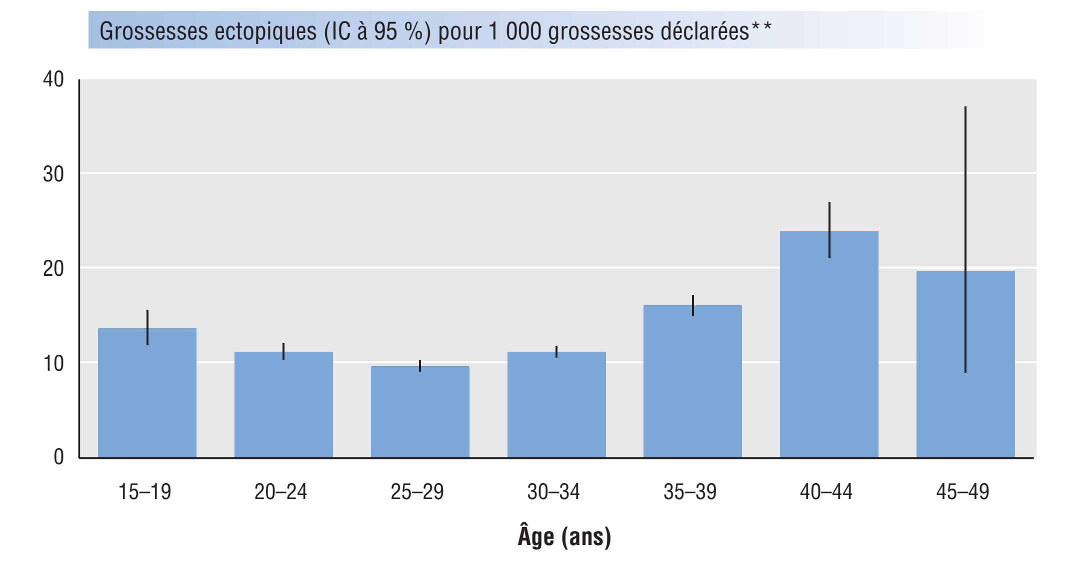
Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.

* Les grossesses déclarées incluent tous les accouchements pratiqués à l'hôpital, les avortements provoqués à l'hôpital en service interne et les grossesses ectopiques prises en charge en service interne, mais non les avortements spontanés, les avortements provoqués en chirurgie de jour à l'hôpital, les avortements provoqués en clinique ou les grossesses ectopiques traitées en service externe.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 18.3 Taux de grossesse ectopique, selon l'âge de la mère*

Canada, 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.

* Exclut les cas où l'on ne connaît pas l'âge de la mère.

** Les grossesses déclarées incluent tous les accouchements pratiqués à l'hôpital, les avortements provoqués à l'hôpital en service interne et les grossesses ectopiques prises en charge en service interne, mais non les avortements spontanés, les avortements provoqués en chirurgie de jour à l'hôpital, les avortements provoqués en clinique ou les grossesses ectopiques traitées en service externe.

IC—intervalle de confiance

Limites des données

La dépendance des données sur les hospitalisations constitue une limite importante dans la surveillance de la grossesse ectopique au Canada. La Base de données sur la morbidité hospitalière en particulier contient des données sur les services internes seulement. Il y manque de l'information sur la chirurgie de jour, ce qui exclut les grossesses ectopiques traitées ainsi. De plus, à mesure que la prise en charge en service externe de la grossesse ectopique par la gestion de la mère ou la thérapie au méthotrexate se répand, il se peut que le dénombrement des grossesses ectopiques soit moins complet. La présente analyse exclut aussi du dénominateur (grossesses déclarées) les avortements spontanés, les avortements provoqués en chirurgie de jour à l'hôpital et les avortements provoqués en clinique.

Le diagnostic de la grossesse ectopique peut varier, particulièrement au tout début de la gestation, et l'on ne connaît pas la fréquence des grossesses ectopiques infracliniques[8]. Il y a peu d'information sur les facteurs de risque disponible dans les dossiers d'hôpitaux.

Références

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD (Éditeurs). *Williams Obstetrics,* 22e édition. Toronto : McGraw-Hill; 2005.

2. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk-factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors. *Am J Epidemiol.* 1991;133(9):839–49.

3. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996;65(6):1093–9.

4. Walker JJ. Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50(1):89–99.

5. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for Ectopic Pregnancy—United States, 1970–1989. Dans : CDC Surveillance Summaries. *MMWR.* 1993;42(SS-6):73–85.

6. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet.* 2005(9485);366:583–91.

7. Agence de la santé publique du Canada. *Cas déclarés et taux de ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 30 juin 2005 et du 1er janvier au 30 juin 2004* [Internet]. Ottawa : ASPC; 2006. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index-fra.php.html

8. Orr P, Sherman E, Blanchard J, Fast M, Hammond G, Brunham R. Epidemiology of infection due to Chlamydia trachomatis in Manitoba, Canada. *Clin Infect Dis.* 1994;19(5):867–83.

19. Taux de réadmission de la mère suivant le congé après un accouchement

Shiliang Liu et Maureen Heaman

Le taux de réadmission de la mère s'entend du nombre de mères réadmises à l'hôpital dans les trois mois (90 jours) qui suivent le premier congé de l'hôpital après l'accouchement, exprimé en pourcentage du nombre total de femmes qui ont obtenu leur congé de l'hôpital après un accouchement (à un endroit et à un moment donnés).

La réadmission de la mère est un indicateur de morbidité maternelle postnatale sérieuse et peut servir de substitut aux complications graves reliées à l'accouchement, même si certaines des raisons (comme la stérilisation) de la réadmission ne sont pas reliées directement à l'accouchement[1–3]. Les taux de réadmission de la mère sont liés à de nombreux facteurs, dont la gravité de la maladie ou du problème obstétrique, la disponibilité des ressources hospitalières, la distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital, les politiques d'admission de l'établissement et l'accessibilité des services externes. Des études publiées indiquent que la brièveté du séjour à l'hôpital à la suite d'un accouchement par césarienne ou d'un accouchement vaginal assisté augmente le risque de réadmission de la mère[1,3–6]. On a établi un lien entre les accouchements par césarienne et par voie vaginale assistés et un risque accru de réadmission de la mère comparativement à l'accouchement vaginal spontané, à cause plus précisément de traumatismes ou plaies du périnée, de complications obstétriques, de troubles veineux et de thromboembolies, ainsi que d'une infection puerpérale majeure[7]. Les publications scientifiques ne documentent pas bien par ailleurs l'effet de la réadmission de la mère sur son mieux-être psychologique et sur l'allaitement[2,3,7].

On a calculé les taux de réadmission à partir des données nationales sur l'hospitalisation. Les taux plus bas de réadmission pendant la période de 1993 à 2000 dans ce rapport comparativement à ceux qu'indiquaient les rapports antérieurs sont attribuables en grande partie à des modifications de la méthode de couplage de données et au plus grand nombre de réadmissions indiquées comme « chirurgie de jour » dans la base de données actuelle.

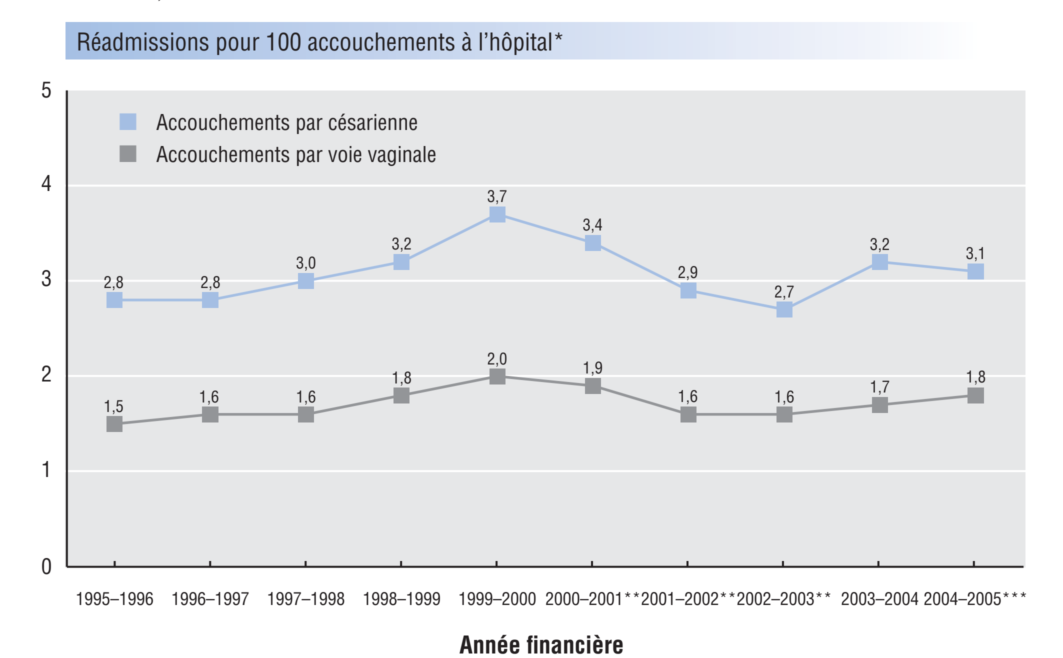
Résultats

- Le taux de réadmission dans les 90 jours chez les mères ayant eu un accouchement vaginal est passé de 1,5 % des accouchements en 1995–1996 à 2,0 % en 1999–2000, pour reculer ensuite légèrement à 1,8 % en 2004–2005. Les taux de réadmission après un accouchement par césarienne sont aussi passés de 2,8 % des accouchements en 1995–1996 à 3,7 % en 1999–2000 pour reculer par la suite à 3,1 % en 2004–2005 (figure 19.1).
- Au cours de la période de 2002–2003 à 2004–2005, le taux de réadmission de la mère dans les 90 jours a varié considérablement entre les provinces et les territoires, tant pour les accouchements par césarienne que pour les accouchements par voie vaginale (figure 19.2). Ces différences entre les régions peuvent être attribuables en partie à des variations des politiques des hôpitaux sur le congé (après l'accouchement) et sur l'admission, ou à des variations de la disponibilité de services externes et d'autres services communautaires.

- Au cours de la période de 2002–2003 à 2004–2005, l'hémorragie postpartum (HPP), l'infection puerpérale majeure et les troubles de la vésicule biliaire ont constitué les diagnostics les plus fréquents posés chez les mères réadmises (figure 19.3).
- Le diagnostic principal à l'origine de la réadmission a différé selon que l'accouchement s'est fait par césarienne ou par voie vaginale. Par exemple, il y avait plus de chances que les femmes qui ont accouché par césarienne soient réadmises à cause d'une infection puerpérale majeure et de complications puerpérales de la grossesse, tandis que l'hémorragie postpartum était la cause la plus courante de réadmission chez les femmes ayant accouché par voie vaginale (figure 19.3).

FIGURE 19.1 Taux de réadmission de la mère dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital après un accouchement

Canada, 1995–1996 à 2004–2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

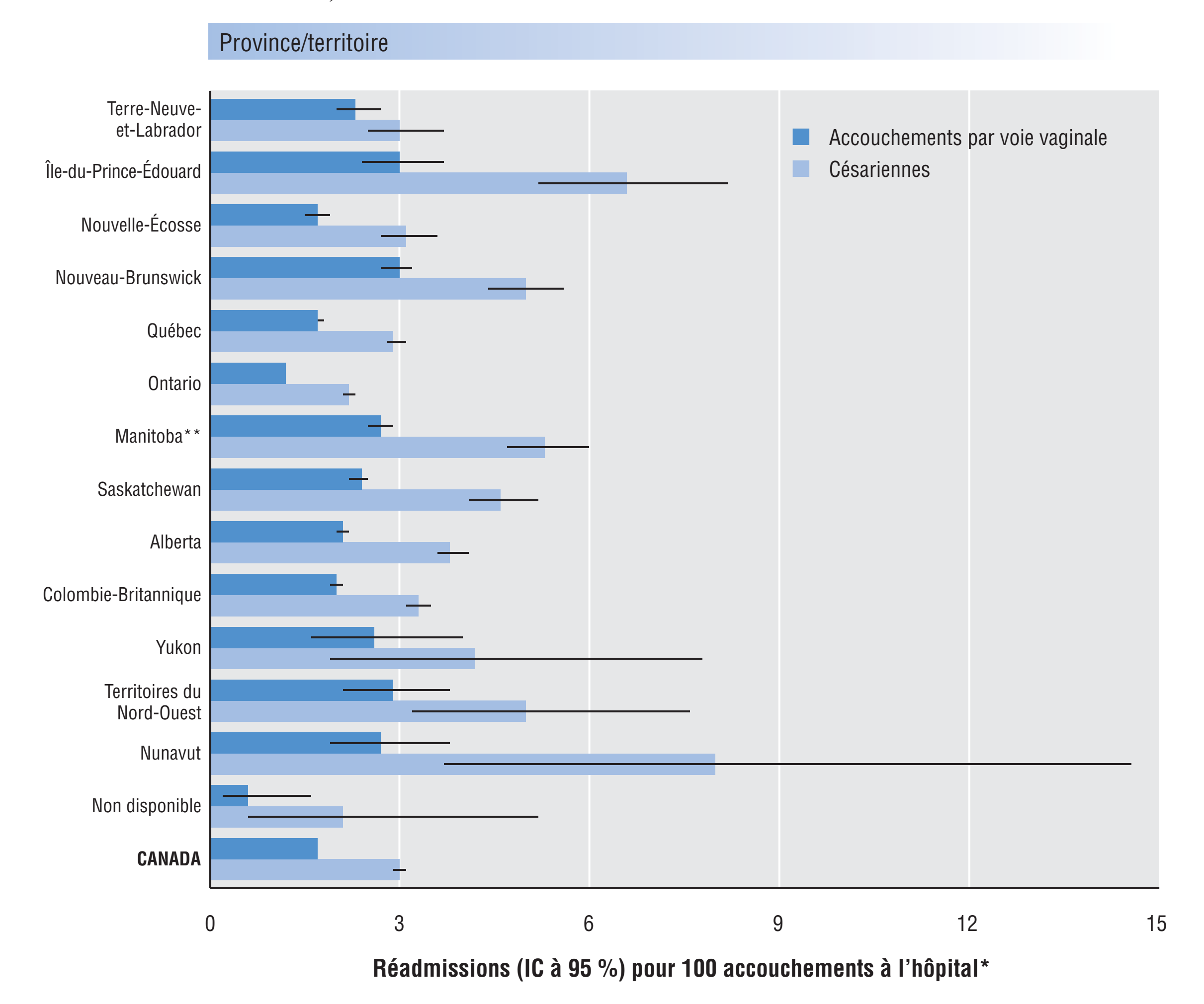
* Seulement dans le cas des femmes dont le numéro de carte santé brouillé était disponible.

** On a exclu les données de 2000–2001 à 2002–2003 du Manitoba parce que les numéros complets de carte santé n'étaient pas disponibles pour environ 70 % des dossiers d'hôpital dans la BDMH, ce qui n'a pas permis d'établir de lien avec les cas de réadmission. L'*annexe A* contient d'autres détails.

*** Pour 2004–2005, le dénominateur (c.-à-d. le nombre d'accouchements à l'hôpital) inclut seulement la période de neuf mois écoulée entre le 1er avril 2004 et le 31 décembre 2004, afin de créer un créneau de 90 jours au cours duquel il est possible de déterminer les réadmissions.

FIGURE 19.2 Taux de réadmission de la mère dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital après un accouchement*, selon la province/le territoire

*Canada**, 2002–2003 à 2004–2005 combinées****



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.

* Seulement dans le cas des femmes dont le numéro de carte santé brouillé était disponible.

** On a exclu les données de 2000–2001 à 2002–2003 du Manitoba parce que les numéros complets de carte santé n'étaient pas disponibles pour environ 70 % des dossiers d'hôpital dans la BDMH, ce qui n'a pas permis d'établir de lien avec les cas de réadmission. L'*annexe A* contient d'autres détails.

*** On a combiné les données des trois années à cause du faible nombre des sujets.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 19.3 Principal diagnostic pour les réadmissions de la mère dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital après un accouchement*, selon la méthode d'accouchement

*Canada**, 2002–2003 à 2004–2005 combinées****

Diagnostic principal au moment de la réadmission	Pourcentage de réadmission de la mère*		
	Méthode d'accouchement		
	Total	Césarienne	Vaginal
1. Hémorragie postpartum	13,8	6,4	17,7
2. Infection puerpérale majeure	11,2	12,4	10,5
3. Cholélithiase	10,1	8,5	10,9
4. Complications de la grossesse, non classées ailleurs	7,7	15,9	3,3
5. Complication des suites de couches, autres et sans précision	5,0	10,5	2,1
6. Personne cherchant à consulter sans se plaindre d'être malade, soins postpartum et examen	4,1	2,9	4,7
7. Autres affections courantes de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches	3,1	3,6	2,9
8. Trouble dépressif et psychoses de l'humeur/affectivité	2,8	2,0	3,2
9. Infection du sein et du mamelon associée à l'accouchement	2,5	1,8	2,9
10. Appendicite aiguë	2,2	1,6	2,6
11. Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches	2,0	2,1	1,9
12. Symptômes touchant l'abdomen et le bassin	1,4	1,4	1,4
13. Pancréatite aiguë	1,3	1,1	1,4
14. Rétention du placenta	1,1	0,5	1,5
15. Complication d'interventions, non classée ailleurs	1,1	1,5	0,9
16. Calcul aux reins et à l'uretère	1,0	0,8	1,1
17. Autres diagnostics	29,5	27,0	30,9
TOTAL	**100**	**100**	**100**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.

* Seulement dans le cas des femmes dont le numéro de carte santé brouillé était disponible.

** On a exclu les données de 2002–2003 du Manitoba parce que les numéros complets de carte santé n'étaient pas disponibles pour environ 70 % des dossiers d'hôpital dans la BDMH, ce qui n'a pas permis d'établir de lien avec les cas de réadmission. L'*annexe A* contient d'autres détails.

*** On a combiné les données des trois années à cause du faible nombre des sujets.

Limites des données

On a déterminé les cas de réadmission de la mère en établissant un couplage entre les enregistrements sur l'accouchement obstétrique et les enregistrements sur l'admission subséquente au moyen du numéro brouillé de carte santé de l'intéressée contenu dans la base de données sur les hospitalisations. On a exclu les enregistrements sur l'accouchement si une femme a été transférée directement à un autre hôpital, si son séjour à l'hôpital a duré plus de 20 jours, si son numéro (brouillé) de carte santé n'était pas valide ou manquant ou si la mère est morte à l'hôpital. On raterait un cas de réadmission de la mère si le lien entre l'enregistrement obstétrique et l'enregistrement de l'admission subséquente n'était pas établi pour quelque raison que ce soit (y compris des erreurs de transcription dans les dossiers).

Références

1. Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179(1):166–71.

2. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *BJOG.* 1995;102(4):282–7.

3. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(5 Pt 2):1489–94.

4. Danel I, Johnson C, Berg C, Flowers L, Atrash H. Length of maternal hospital stay for uncomplicated deliveries, 1988–1995: the impact of maternal and hospital characteristics. *Matern Child Health J.* 1997;1(4):237–42.

5. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA.* 2000;283(18):2411–6.

6. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(3):681–7.

7. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):836–42.

Répercussions sur la santé fœtale et infantile

20. Taux de prématurité

Shiliang Liu, Alexander Allen et William Fraser

Le taux de prématurité s'entend du nombre de naissances vivantes dont l'âge gestationnel à la naissance n'atteint pas 37 semaines révolues (<259 jours) par rapport au nombre total de naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés).

La prématurité est la principale cause de mortalité néonatale et infantile dans les pays industrialisés. Elle cause un pourcentage important de la morbidité néonatale : de 60 % à 80 % des décès de nourrissons qui n'ont pas d'anomalies congénitales sont reliés à la prématurité[1–4]. On associe aussi la prématurité à la paralysie cérébrale et à d'autres séquelles à long terme sur la santé[3,5]. D'un à deux pour cent des bébés viennent au monde avant 32 semaines de gestation et ils représentent presque 50 % de la morbidité neurologique à long terme et environ 60 % de la mortalité périnatale[1]. La prématurité légère ou modérée expose aussi les nourrissons à un risque accru de mourir au cours de la petite enfance et constitue un enjeu important de santé publique[1]. La morbidité associée à la prématurité comprend l'insuffisance respiratoire aiguë, les complications gastrointestinales, les déficits immunologiques et l'hémorragie du système nerveux central, ainsi que des problèmes à long terme de motricité, de cognition, de vision, d'audition, de comportement et de croissance[1–4]. Relativement à leurs homologues nés à terme, les nourrissons prématurés entraînent des coûts plus élevés qui comprennent ceux de l'intervention précoce, du long séjour à l'hôpital, des services médicaux externes, ainsi que des dépenses reliées aux problèmes de développement et d'éducation[6]. Le taux de prématurité est à la hausse dans beaucoup de pays industrialisés depuis quelques années.

La prématurité a une étiologie multifactorielle. Les facteurs qu'on y associe comprennent des facteurs comportementaux et psychosociaux individuels, des caractéristiques du voisinage, des expositions environnementales, des problèmes médicaux, des traitements contre l'infertilité, ainsi que des facteurs biologiques et génétiques[7–9]. Parmi les exemples précis de ces facteurs, mentionnons le statut monoparental, le jeune âge ou l'âge avancé de la mère, les antécédents de prématurité, l'infection, le tabagisme, le faible poids de la mère avant la grossesse, une prise de poids faible ou importante, une grossesse multiple et l'origine raciale/ethnique[3,4,7–9]. On a aussi déterminé récemment que le stress chez la mère pouvait constituer un important facteur de risque de prématurité[7,10].

On a calculé les taux de prématurité à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Le taux de prématurité au Canada est passé de 7,0 pour 100 naissances vivantes en 1995 à 8,2 en 2004 (figure 20.1). Cette tendance s'explique notamment par les interventions obstétriques (c.-à-d. travail déclenché ou accouchement par césarienne indiqués médicalement), les naissances multiples, l'âge plus avancé de la mère, sans oublier le recours accru aux estimations de l'âge gestationnel fondées sur l'échographie. Ce dernier facteur est à l'origine d'une augmentation des artéfacts de la prématurité parce qu'on a modifié la méthode de calcul de l'âge gestationnel[5,11].
- En chiffres absolus, l'augmentation du taux global de prématurité a été attribuable en grande partie à une augmentation du nombre des naissances légèrement prématurées (32–36 semaines) dont le taux est passé de 6,0 pour 100 naissances vivantes en 1995 à 7,0 en 2004. Les naissances prématurées de moins de 32 semaines sont aussi passées de 1,0 pour 100 naissances vivantes en 1995 à 1,2 en 2004 (figure 20.1)
- En 2004, 57,0 % des naissances de jumeaux et 96,1 % des naissances multiples plus nombreuses étaient prématurées (figure 20.2). Environ 80 % du total des naissances prématurées étaient toutefois des naissances simples.
- En 2004, les taux provinciaux/territoriaux de prématurité ont varié considérablement, d'un minimum de 7,4 (IC à 95 % : 6,9–7,9) pour 100 naissances vivantes en Saskatchewan à un maximum de 12,2 (IC à 95 % : 9,9–14,7) au Nunavut (figure 20.3).

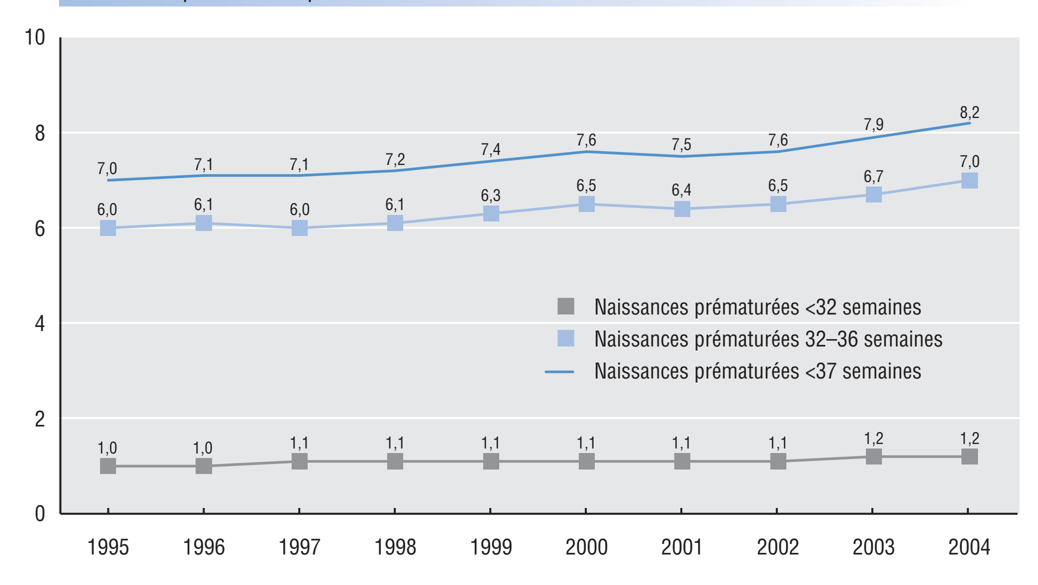
Limites des données

L'erreur au niveau de la déclaration de l'âge gestationnel, particulièrement lorsqu'il est fondé sur les dates des menstruations, constitue une limite importante des données sur la prématurité. Ces erreurs découlent de renseignements inexacts fournis par la mère au sujet de ses dernières règles, de l'interprétation de saignements postconceptionnels comme des règles normales, de l'irrégularité menstruelle ou de fausses couches non reconnues[11]. Ces erreurs ont diminué au cours des dernières décennies à mesure que la confirmation par échographie de l'âge gestationnel s'est répandue au Canada.

FIGURE 20.1 Taux de prématurité

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

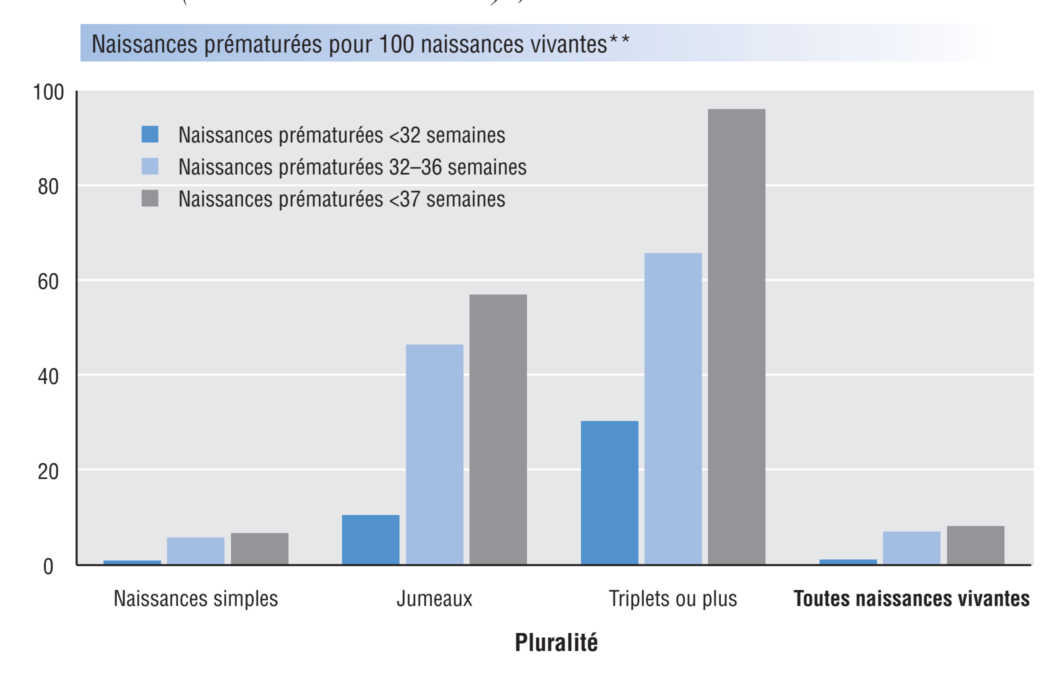




Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** On a exclu de ce chiffre les naissances vivantes dont on ne connaissait pas l'âge gestationnel.

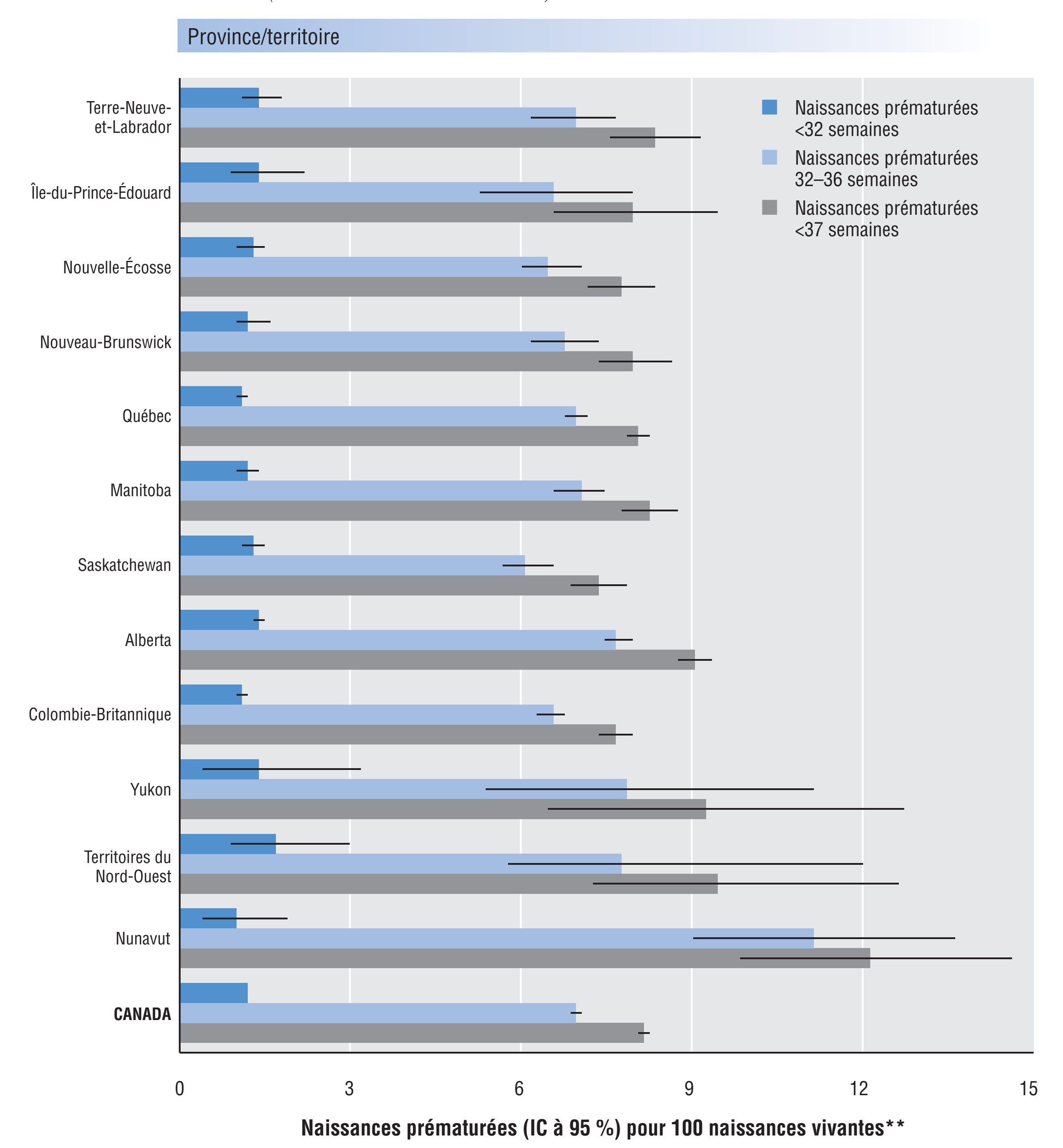
FIGURE 20.2 Taux de prématurité associé aux naissances simples et multiples

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** On a exclu de ce chiffre les naissances vivantes dont on ne connaissait pas l'âge gestationnel.

FIGURE 20.3 **Taux de prématurité, selon la province/le territoire**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** On a exclu de ce chiffre les naissances vivantes dont on ne connaissait pas l'âge gestationnel.
IC—intervalle de confiance

Références

1. Kramer MS, Demissie K, Hong Y, Platt RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA.* 2000;284(7):843–9.

2. Joseph KS, Demissie K, Kramer MS. Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth. *Semin Perinatol.* 2002;26(4):250–9.

3. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Early Hum Dev.* 1999;53(3):193–218.

4. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med.* 1998;339(20):1434–9.

5. Hamilton BE, Minino AM, Martin JA, Kochanek KD, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2005. *Pediatrics.* 2007;119(2):345–60.

6. Clements KM, Barfield WD, Ayadi MF, Wilber N. Preterm birth-associated cost of early intervention services: An analysis by gestational age. *Pediatrics.* 2007;119(4):e866–e874. Epub 2007 Mar 5.

7. Lu MC, Chen B. Racial and ethnic disparities in preterm birth: The role of stressful life events. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):691–9.

8. Alexander GR, Slay M. Prematurity at birth: trends, racial disparities, and epidemiology. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(4):215–20.

9. Varner MW, Esplin MS. Current understanding of genetic factors in preterm birth. *BJOG.* 2005;112 Suppl 1:28–31.

10. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2003;157(1):14–24.

11. Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA.* 1988;260(22):3306–8.

21. Taux de postmaturité

Juan Andrés León et David Young

Le taux de postmaturité s'entend du nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel à la naissance atteint ou dépasse 42 semaines révolues (294 jours et plus) par rapport au nombre total de naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés).

On a associé collectivement la postmaturité à des complications maternelles plus nombreuses (p. ex., traumatisme obstétrique, dystocie de l'épaule, hémorragie postpartum, accouchement par césarienne) et à des taux de morbidité périnatale (p. ex., aspiration de méconium, asphyxie, crise d'épilepsie néonatale) et de mortalité plus importants que dans le cas des grossesses à terme[1]. Comparativement à celle qui se produit à 40 semaines, la mortalité périnatale est quatre fois plus élevée à 43 semaines et de cinq à sept fois plus élevée à 44 semaines[2]. L'étiologie de la postmaturité est en grande partie inconnue, même si l'on a trouvé des liens avec des facteurs maternels comme la génétique[3], la nulliparité, des antécédents de postmaturité, et la répétition de grossesses prolongées entre les générations[4]. Il est rare que des anomalies congénitales majeures qui modifient le mécanisme de l'apparition du travail entraînent la postmaturité[5].

La fréquence de la postmaturité oscille entre 4 % et 14 % et cette variation dépend de facteurs comme la méthode de calcul de l'âge gestationnel et le pourcentage des femmes qui accouchent à la suite d'un déclenchement programmé ou d'une césarienne élective[6]. Le recours de routine à l'échographie au début de la grossesse pour estimer l'âge gestationnel peut réduire le nombre de grossesses qui parviennent à postmaturité et, par conséquent, le taux global de postmaturité[7]. La prise en charge de la postmaturité comporte en général le déclenchement du travail de façon élective à 41–42 semaines ou l'attente de l'apparition du travail spontané avec surveillance constante de la santé fœtale (prise en charge de type abstentionniste). Les progrès des méthodes d'évaluation du mieux-être fœtal ont aidé à garantir la sécurité de l'approche abstentionniste sur la mère enceinte. Comparativement à la prise en charge de type abstentionniste, on a toutefois établi des liens entre le déclenchement électif du travail à 41 semaines révolues ou plus et la diminution du nombre de décès périnataux sans qu'il en découle d'augmentation du recours à la césarienne[8].

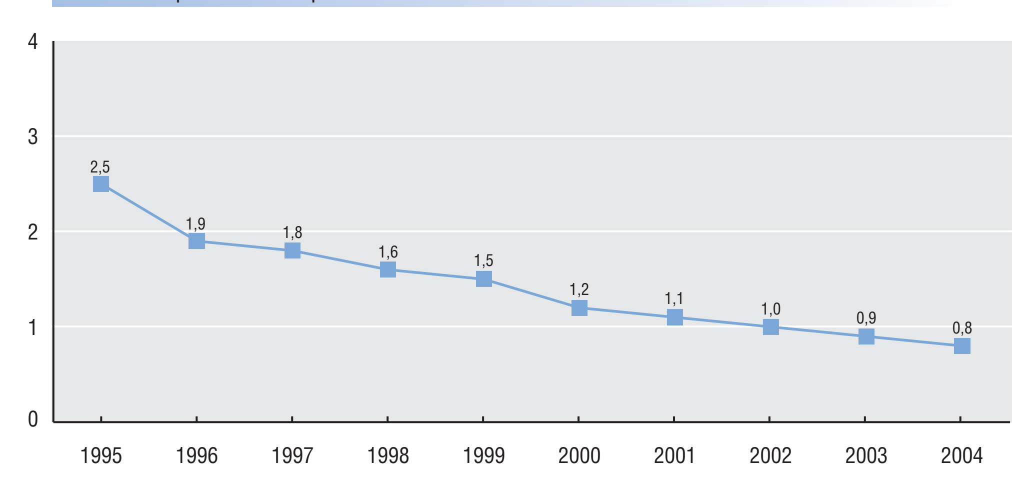
On a calculé les taux de postmaturité à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Entre 1995 et 2004, le taux de postmaturité a chuté de 2,5 % à 0,8 % (figure 21.1). Il est possible d'attribuer cette réduction en partie au recours accru à l'échographie pour estimer l'âge gestationnel, ainsi qu'au fait que l'on déclenche plus d'accouchements à 41 semaines révolues ou plus de gestation. Le taux de postmaturité a diminué considérablement après l'étude effectuée par Hannah et ses collaborateurs qui a montré que le taux d'accouchement par césarienne après déclenchement était moins élevé comparativement à la surveillance prénatale continue des grossesses à 41 semaines révolues ou plus[9].
- En 2004, les taux de postmaturité ont varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada (figure 21.2). Le taux a atteint son plus bas au Nunavut à 0,0 (IC à 95 % : 0,0–0,5) et son sommet au Yukon à 3,8 (IC à 95 % : 2,1–6,4). Ces variations régionales peuvent refléter des différences géographiques au niveau de l'utilisation du datage par échographie et du déclenchement du travail à terme ou plus, ou des estimations instables attribuables au faible nombre des sujets.

FIGURE 21.1 Taux de postmaturité

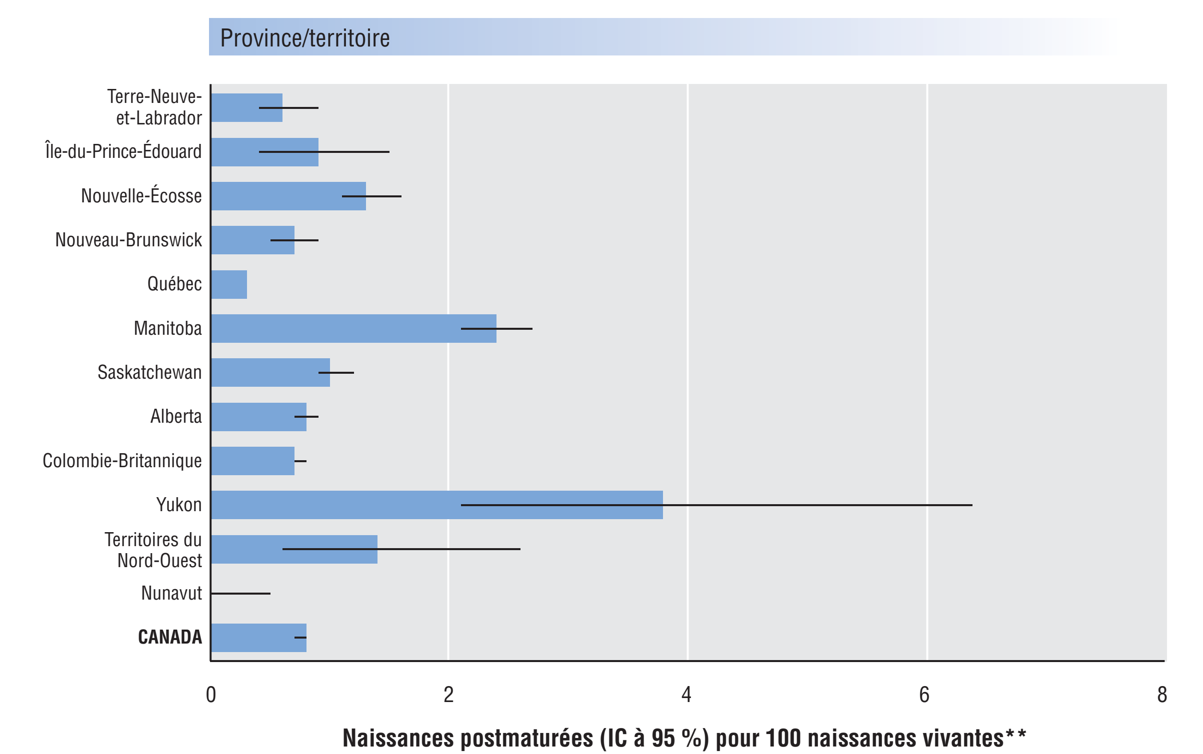
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** On a exclu de ce chiffre les naissances vivantes dont on ne connaissait pas l'âge gestationnel.

FIGURE 21.2 Taux de postmaturité, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** On a exclu de ce chiffre les naissances vivantes dont on ne connaissait pas l'âge gestationnel.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

L'erreur possible dans la détermination de l'âge gestationnel, en particulier lorsqu'il est fondé sur la dernière période menstruelle normale (DPM), constitue une limite importante de la surveillance de la postmaturité. L'interprétation de saignements postconception comme des menstruations normales, l'irrégularité menstruelle et les fausses couches non reconnues sont au nombre des facteurs qui peuvent avoir une incidence sur la fidélité de la mémoire au sujet de la DPM.

Références

1. Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: A national registered-based study, 1978–1993. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):222–7.

2. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 1992;79(4):547–53.

3. Laursen M, Bille C, Olesen AW, Hjelmborg J, Skytthe A, Christensen K. Genetic influence on prolonged gestation: A population-based Danish twin study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(2):489–94.

4. Mogren I, Stenlund H, Högberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol.* 1999;28(2):253–7.

5. Shea KM, Wilcox AJ, Little RE. Postterm delivery: a challenge for epidemiologic research. *Epidemiology.* 1998;9(2):199–204.

6. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et coll. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth,* 3e édition. Oxford : Oxford University Press; 2000.

7. Joseph KS, Huang L, Liu S, Ananth CV, Allen AC, Sauve R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Reconciling the high rates of preterm and posterm birth in the United States. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):813–22.

8. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;4. Art. nº : CD004945. DOI : 10.1002/14651858.CD004945.pub2.

9. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy: A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. *N Engl J Med.* 1992;326(24):1587–92.

■ 22. Taux d'hypotrophie néonatale

Joan Lindsay, Grace Guyon et Alexander Allen

Le taux d'hypotrophie néonatale s'entend du nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe sous le 10e percentile du poids normalisé à la naissance selon le sexe, compte tenu de l'âge gestationnel, par rapport au nombre total des naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés). On a aussi utilisé d'autres seuils pour déterminer l'hypotrophie néonatale, comme le 3e percentile du poids à la naissance normalisé selon l'âge gestationnel. On utilise souvent de façon interchangeable les expressions hypotrophie néonatale et retard de croissance intrautérine (RCIU), même s'il y a des distinctions entre les deux—la RCIU désigne l'occurrence d'une croissance fœtale déficiente qui peut être attribuable à de nombreux phénomènes, tandis que l'hypotrophie néonatale désigne la position d'un nourrisson sur les courbes des taux de croissance après la naissance.

Dans les pays industrialisés, le tabagisme chez la mère au cours de la grossesse explique 30 % à 40 % environ des cas d'hypotrophie néonatale. Des « facteurs reliés à la génétique » comme des antécédents de grossesse produisant une hypotrophie néonatale, la race de la mère, la faible taille de la mère et le sexe du fœtus, en expliquent 20 % à 30 % environ, les facteurs nutritionnels (poids avant la grossesse, prise de poids et faible apport calorique) 10 % à 15 % et la parité et la morbidité générale chez la mère, 5 % à 10 %[1].

On associe l'hypotrophie néonatale à une augmentation de la morbidité et de la mortalité fœtales et infantiles[2]. Les bébés qui présentent de l'hypotrophie néonatale peuvent aussi avoir un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). On a associé le faible poids à la naissance à un risque subséquent accru de diabète type 2 et de coronaropathie plus tard dans la vie[3,4].

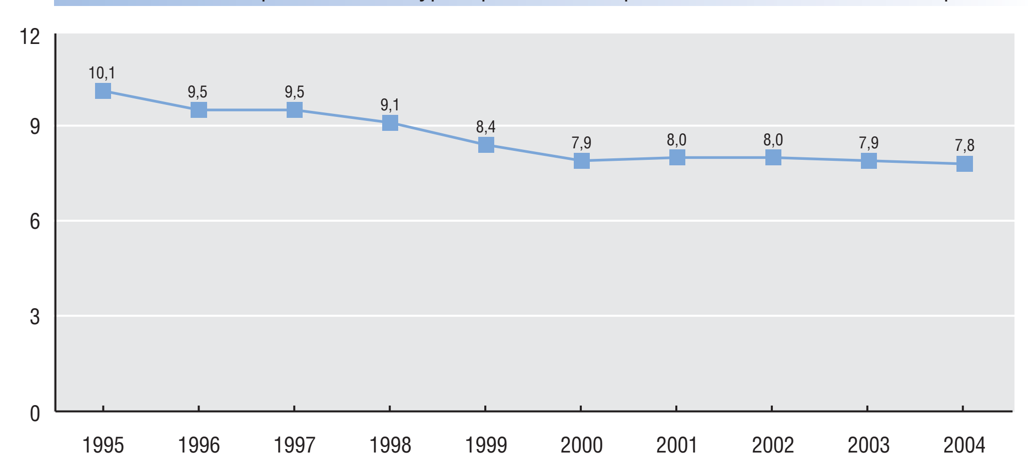
On a calculé les taux d'hypotrophie fœtale à partir des statistiques de l'état civil. Les calculs incluent seulement les naissances vivantes simples.

Résultats

- De 1995 à 2004, le taux d'hypotrophie néonatale parmi les naissances vivantes simples a diminué au Canada (figure 22.1). Cette baisse peut s'expliquer en partie par des augmentations de la taille et du poids de la mère, la réduction du tabagisme et des changements de facteurs sociodémographiques, ainsi que par le recours plus fréquent au datage assisté par échographie (qui améliore la précision des mesures de l'âge gestationnel)[5]. En 2004, le taux d'hypotrophie néonatale s'établissait à 7,8 pour 100 naissances vivantes simples.
- En 2004, le taux d'hypotrophie néonatale a oscillé entre 5,1 % (IC à 95 % : 3,5–7,1) des naissances vivantes simples dans les Territoires du Nord-Ouest à 8,4 % (IC à 95 % : 8,2–8,7) en Alberta (figure 22.2). Ces variations régionales des taux d'hypotrophie néonatale peuvent être attribuables en partie à des différences géographiques au niveau du datage par échographie ou à des différences ethniques, socioéconomiques et démographiques. Des recherches plus poussées s'imposent pour mieux comprendre ces variations régionales.

FIGURE 22.1 Taux d'hypotrophie néonatale

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



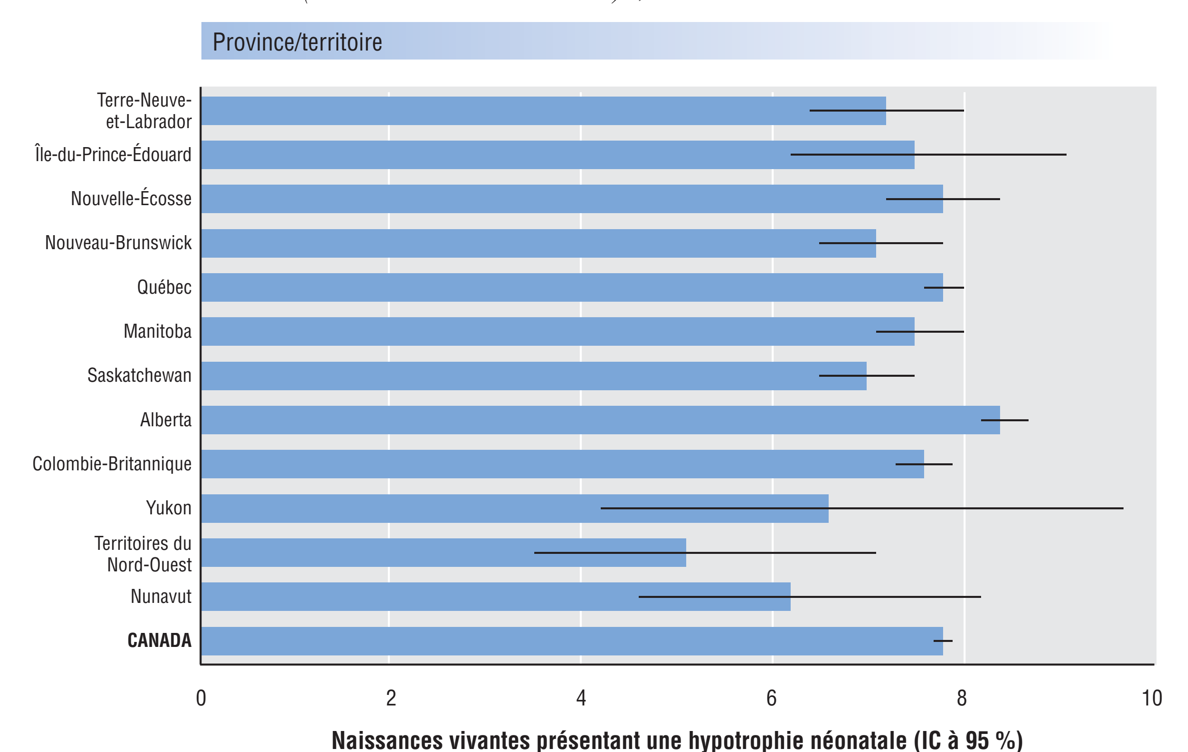
Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le dixième percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel[6].

FIGURE 22.2 Taux d'hypotrophie néonatale, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines, et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le dixième percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel[6].

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Le risque d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, surtout lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations, nuit considérablement à la surveillance de l'hypotrophie néonatale[5]. Le datage assisté par échographie au début de la grossesse peut améliorer considérablement l'exactitude des estimations de l'âge gestationnel[5]. L'hypotrophie néonatale est une mesure relative, qui varie selon le critère utilisé pour le calcul. On a utilisé dans le présent rapport la référence canadienne mise au point récemment pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel[6].

Références

1. Kramer MS. Facteurs déterminants de l'insuffisance pondérale à la naissance : évaluation méthodologique et méta-analyse. *Bull de l'OMS.* 1987;65(5):663–737.

2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD (Éditeurs). *Williams Obstetrics,* 22e édition. Toronto : McGraw-Hill; 2005.

3. Harder T, Rodekamp E, Schellong K, Dudenhausen JW, Plagemann A. Birth weight and subsequent risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2007;165(8):849–57.

4. Eriksson JG. Epidemiology, genes and the environment: lessons learned from the Helsinki birth cohort study. *J Int Med.* 2007;261(5):418–25.

5. Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA.* 1988;260(22):3306–8.

6. Kramer MS, Platt RW, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics.* 2001;108(2):e35.

23. Taux d'hypertrophie néonatale

Joan Lindsay, Grace Guyon et Janet Smylie

Le taux d'hypertrophie néonatale s'entend du nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance dépasse le 90e percentile du poids normalisé selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés). On peut utiliser d'autres critères pour définir l'hypertrophie néonatale, comme le 97e percentile de poids à la naissance normalisé selon l'âge gestationnel.

On trouve dans les publications peu d'information sur les facteurs de risque d'hypertrophie néonatale (et de macrosomie). Le diabète maternel en est un[1]. D'autres facteurs, comme la prédisposition génétique et l'alimentation de la mère, peuvent aussi jouer un rôle. L'accélération de la croissance du fœtus peut produire une macrosomie que l'on associe à des complications à la naissance tant pour le nourrisson (y compris la dystocie de l'épaule, un traumatisme au plexus brachial et la paralysie d'Erb) que pour la mère (y compris hémorragie postpartum)[1–3]. Le poids élevé à la naissance peut en retour accroître le risque pour l'enfant d'avoir le diabète type 2 plus tard au cours de la vie[4].

Comme il est difficile de mesurer la croissance du fœtus dans l'utérus, on utilise une mesure transversale de la croissance fœtale—poids à la naissance selon l'âge gestationnel—en santé publique pour établir les normes cliniques permettant de déterminer les cas d'hypertrophie néonatale[2,5]. La surveillance de routine et la surveillance continue des grossesses, en particulier des grossesses à risque, peuvent aider à repérer les fœtus qui présentent un risque élevé d'hypertrophie néonatale (et de macrosomie) et à planifier l'intervention obstétrique appropriée.

On a signalé que l'hypertrophie néonatale est plus répandue chez les femmes des Premières nations[6], en particulier chez celles qui ont le diabète de grossesse[7]. Les programmes visant à optimiser le poids à la naissance peuvent réduire le diabète type 2 chez les générations futures tant des Premières nations que d'autres populations canadiennes[4,8].

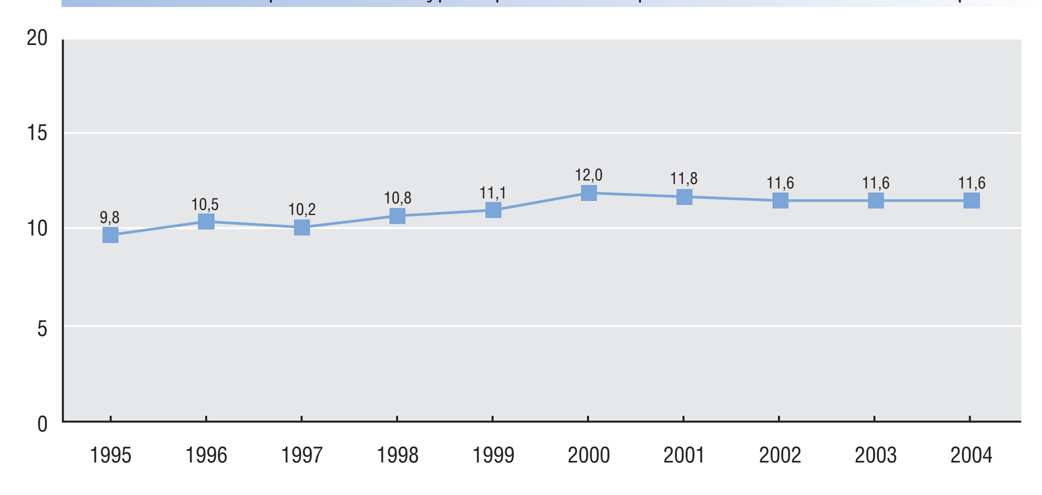
On a calculé les taux d'hypertrophie néonatale à partir des statistiques de l'état civil. Les calculs incluent seulement les naissances vivantes simples.

Résultats

- De 1995 à 2000, le taux d'hypertrophie néonatale chez les naissances vivantes simples a augmenté pour atteindre un sommet de 12,0 pour 100 naissances vivantes simples et a diminué ensuite légèrement pour se stabiliser à 11,6 de 2002 à 2004 (figure 23.1). Une étude canadienne a révélé que l'augmentation initiale observée peut être attribuable à des augmentations de l'indice de masse corporelle (IMC) de la mère, à une réduction du tabagisme et à des changements de facteurs socioéconomiques, conjugués à des mesures plus exactes de l'âge gestationnel grâce à l'échographie[9].
- En 2004, le taux d'hypertrophie néonatale a oscillé entre 10,2 % (IC à 95 % : 10,0–10,4) des naissances vivantes simples au Québec et 20,4 % (IC à 95 % : 17,3–23,8) dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 23.2). Ces variations régionales des taux d'hypertrophie néonatale peuvent être attribuables en partie à des différences ethniques, socioéconomiques et démographiques, ou à des différences dans l'utilisation du datage par échographie. Des recherches plus poussées s'imposent pour mieux comprendre ces variations régionales.

FIGURE 23.1 Taux d'hypertrophie néonatale

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



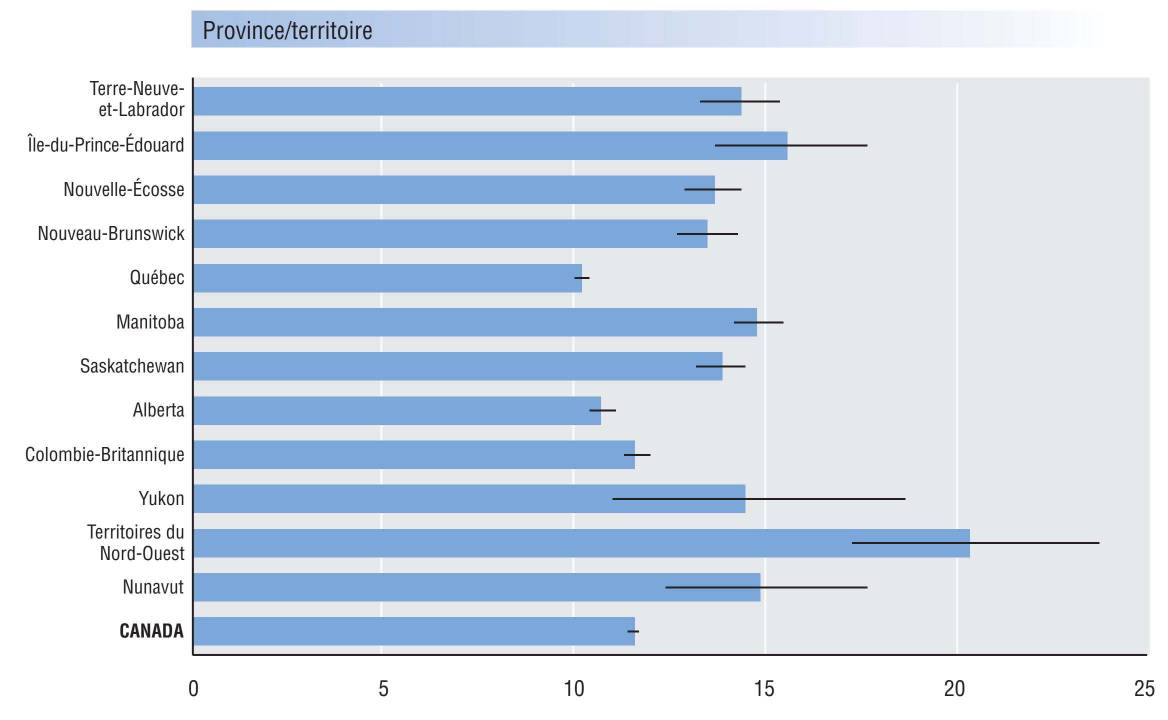
Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypertrophie néonatale utilisé est basé sur le 90e percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel[5].

FIGURE 23.2 Taux d'hypertrophie néonatale, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypertrophie néonatale utilisé est basé sur le 90e percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel[5].

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Le risque d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, surtout lorsqu'on a recours seulement aux dates des menstruations, limite considérablement la surveillance de l'hypertrophie néonatale et la recherche en la matière[5]. Le recours à l'échographie au début de la grossesse peut améliorer considérablement l'exactitude de l'estimation de l'âge gestationnel[5]. L'hypertrophie néonatale est une mesure relative, qui varie selon le critère utilisé pour le calcul. La référence canadienne mise au point récemment pour le poids à la naissance compte tenu de l'âge gestationnel constitue le critère utilisé dans le présent rapport[5].

Références

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD (Éditeurs). *Williams Obstetrics,* 22e édition. Toronto : McGraw-Hill; 2005.

2. Raio L, Ghezzi F, Di Naro E, Buttarelli M, Franchi M, Dürig P, et coll. Perinatal outcome of fetuses with a birthweight greater than 4500 g: an analysis of 3356 cases. *Obstet Gynecol.* 2003;109(2):160–5.

3. Andersen J, Watt J, Olson J, Van Aerde J. Perinatal brachial plexus palsy. *Paediatr Child Health.* 2006;11(2):93–100.

4. Harder T, Rodekamp E, Schellong K, Dudenhausen JW, Plagemann A. Birth weight and subsequent risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2007;165(8):849–57.

5. Kramer MS, Platt RW, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics.* 2001;108(2):e35.

6. Smylie J, McShane K, Luo Z-C. Early measures of health: birthweight, maternal smoking, and breastfeeding Dans : *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003, Résultats des adultes, des jeunes et des enfants des communautés des Premières nations.* Ottawa : Organisation nationale de santé des Autochtones; 2005. p. 241–54.

7. Rodrigues S, Robinson EJ, Kramer MS, Gray-Donald K. High rates of infant macrosomia: a comparison of a Canadian Native and a non-Native population. *J Nutr.* 2000;130(4):806–12.

8. Dyck RF, Klomp H, Tan L. Dans : "Thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": the relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians. *Revue canadienne de santé publique.* 2001;92(5):340–4.

9. Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara H, et coll. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr.* 2002;141(4):538–42.

24. Taux de mortalité fœtale

Ling Huang, Alexander Allen et Robert Liston

Le taux de mortalité fœtale s'entend du nombre de mortinaissances pour 1 000 naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances) à un endroit et à un moment donnés. Pour la majeure du partie du Canada, la définition de mortinaissance inclut toutes les morts de fœtus dont la période de gestation atteint ou dépasse 20 semaines, ou dont le poids à la naissance atteint au moins 500 grammes. La définition varie légèrement au Québec où seul le critère du poids à la naissance s'applique (poids à la naissance de 500 grammes ou plus). On est en train de préparer, à l'intention des professionnels de la santé, de l'information sur la déclaration des mortinaissances et des naissances vivantes dans les provinces et les territoires du Canada.

Comme les exigences de la loi qui régissent l'enregistrement des morts fœtales et des naissances vivantes varient entre les pays et même à l'intérieur de ceux-ci, l'OMS recommande d'inclure si possible dans les statistiques internationales tous les fœtus et nourrissons qui pèsent au moins 500 grammes, qu'ils soient nés vivants ou morts et lorsque le poids n'est pas disponible, qu'on utilise un âge gestationnel de 22 semaines ou plus[1,2].

Même si le taux de mortinaissances a diminué au cours des quatre dernières décennies, le pourcentage des morts périnatales qui sont des mortinaissances a augmenté[3]. Les mortinaissances représentent actuellement plus de la moitié du total des morts périnatales et le tiers du total des morts fœto-infantiles dans les pays industrialisés[4]. L'*annexe E* contient une définition des périodes périnatale et fœto-infantile utilisées dans le présent rapport.

Le taux de mortinatalité dans le monde industrialisé est habituellement de moins de 10 pour 1 000 naissances totales, sans égard à la différence au niveau des critères d'enregistrement des mortinaissances entre les pays ou à l'intérieur de ceux-ci[3,5]. Les anomalies congénitales, le décollement du placenta, les accidents reliés au cordon ombilical, l'infection et les complications de la grossesse chez la mère comme l'hypertension et le diabète sont au nombre des causes importantes de mortinaissance. En outre, plus de 25 % des mortinaissances sont attribuables à des causes inconnues. Les facteurs de risque de mortinaissance comprennent une mortinaissance antérieure, une situation socioéconomique désavantagée, l'âge avancé de la mère, la primiparité, le tabagisme de la mère au cours de la grossesse, le poids élevé avant la grossesse, l'hypotrophie gestationnelle, le retard de croissance intrautérine (RCI) et les grossesses multiples[3,4,6]. Le recours accru aux techniques de procréation assistée dans les pays industrialisés a fait exploser le nombre de grossesses multiples qui présentent un risque plus élevé de mortalité fœtale[7,8]. En outre, l'âge avancé de la mère et le poids élevé avant la grossesse ont aussi augmenté dans beaucoup de pays industrialisés[9,10].

On a calculé les taux de mortalité fœtale à partir des statistiques de l'état civil.

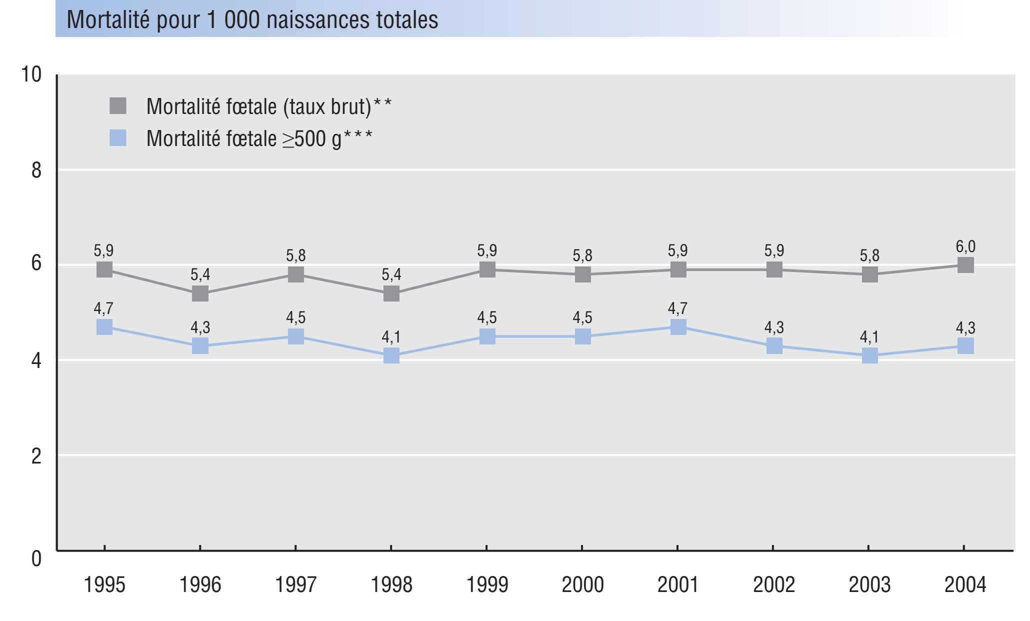
Résultats

- Il ne se dégage pas de tendances claires au niveau des taux bruts de mortalité fœtale au cours de la période de 1995 à 2004. Le taux a oscillé entre 5,4 et 6,0 pour 1 000 naissances totales (figure 24.1).
- Le taux de mortalité chez les fœtus de 500 grammes ou plus (ou d'un âge gestationnel de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance) a aussi fluctué au cours de la période de 1995 à 2004 d'un minimum de 4,1 à un maximum de 4,7 pour 1 000 naissances totales, ce qui ne démontre aucune tendance claire (figure 24.1).

- En 2004, le taux de mortalité chez les fœtus de 500 grammes ou plus était le plus élevé dans les trois territoires à 6,6 (IC à 95 % : 3,5–11,8) pour 1 000 naissances totales (figure 24.2). Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus faible à 3,6 (IC à 95 % : 2,0–5,8) pour 1 000 naissances totales.
- En 2004, le taux brut de mortalité fœtale s'établissait à 6,0 pour 1 000 naissances totales, soit à 5,6 dans le cas des naissances simples et à 17,4 dans celui des naissances multiples. Les taux de mortalité fœtale de 500 grammes ou plus se sont établis à 4,3, 4,1 et 9,5 pour 1 000 naissances totales dans le cas de l'ensemble des naissances, des naissances simples et des naissances multiples respectivement (figure 24.3).
- Entre 1995 et 2004, on a observé des réductions temporelles de la mortalité fœtale causée par des anomalies congénitales, l'hypoxie intrautérine et l'asphyxie à la naissance, ainsi que par des complications reliées au placenta, au cordon et aux membranes. Les taux attribuables aux anomalies congénitales et aux complications reliées au placenta, au cordon et aux membranes sont passés de 0,50 et 1,66 pour 1 000 naissances totales en 1995–1996 à 0,43 et 1,37 en 2003–2004 respectivement (diminution de 14,0 % et de 17,5 %). Il y a eu un recul encore plus important dans le cas du taux attribuable à l'hypoxie intrautérine et à l'asphyxie à la naissance : il est passé de 0,33 pour 1 000 naissances totales à 0,16 pendant la même période (diminution de 51,5 %). On n'a pas observé de changements importants des taux de mortalité fœtale attribuables aux complications de la grossesse chez la mère et à des causes non précisées (figure 24.4).

FIGURE 24.1 Taux de mortalité fœtale

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

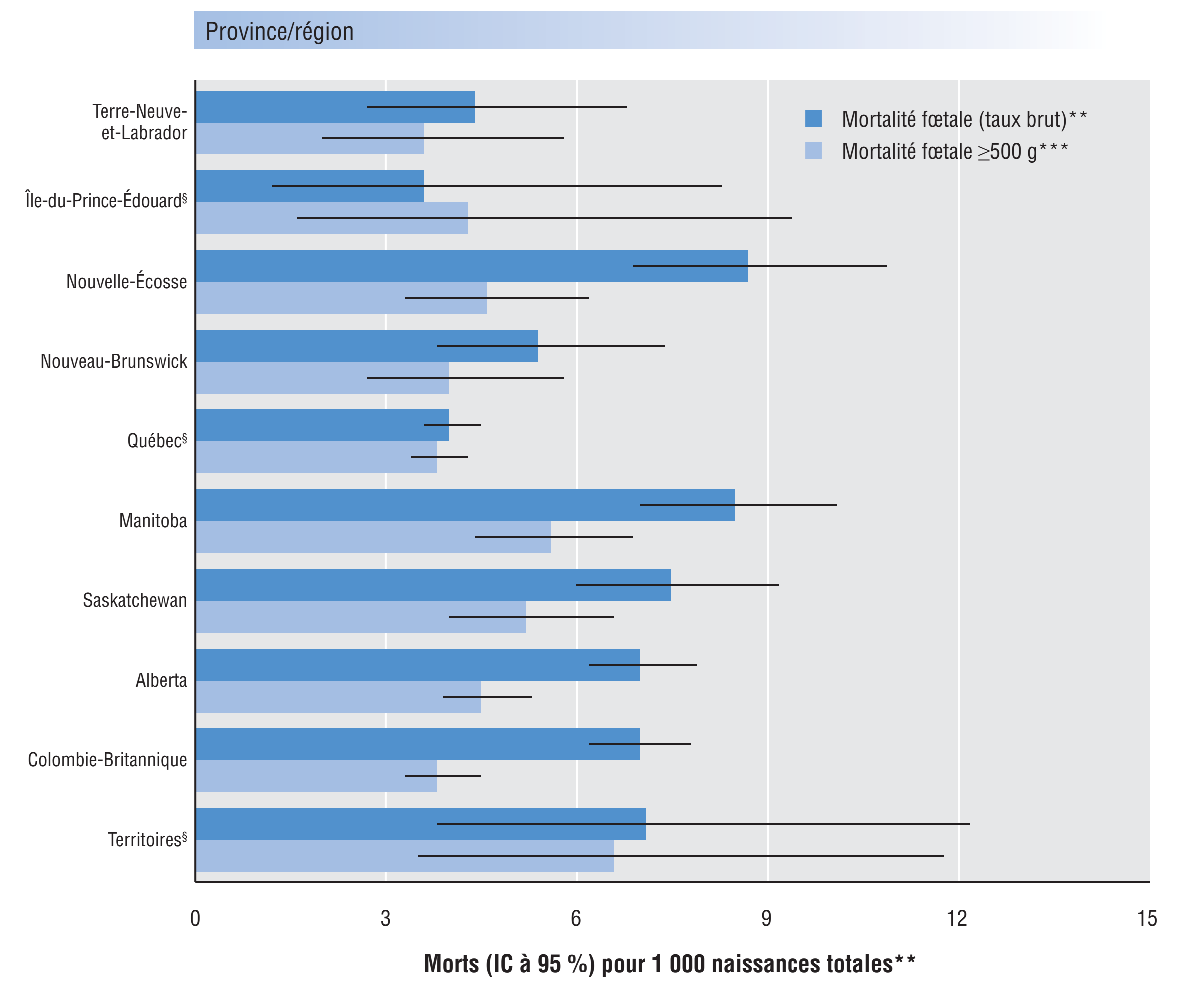
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.

*** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel atteint ou dépasse 22 semaines si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.

FIGURE 24.2 **Taux de mortalité fœtale, selon la province/région**

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

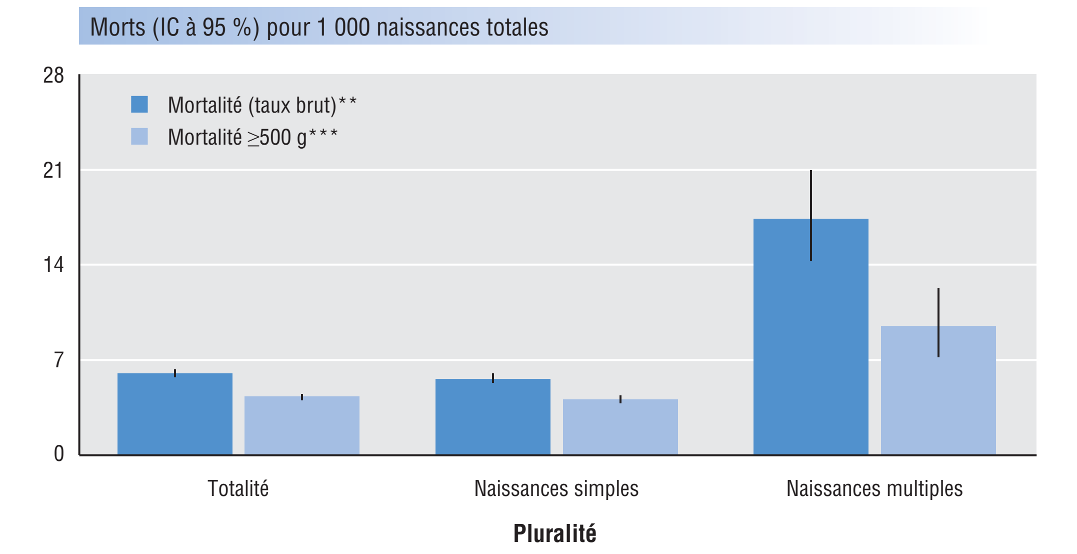
** Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.

*** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel atteint ou dépasse 22 semaines si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.

§ Les taux sur les morts fœtales de 500 g ou plus survenues à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et dans les trois territoires représentent une moyenne des morts survenues pendant la période de 2002 à 2004 à cause de leur faible nombre et des préoccupations soulevées par la divulgation résiduelle.

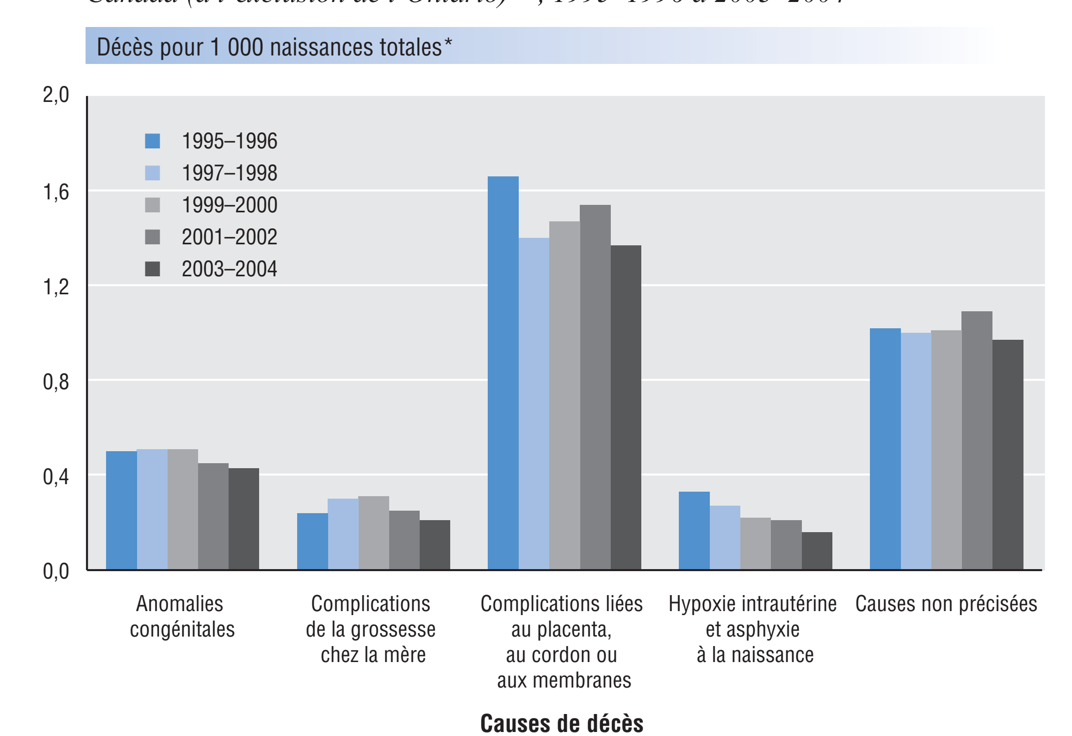
IC—intervalle de confiance

FIGURE 24.3 **Taux de mortalité fœtale, naissances simples et multiples**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
** Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.
*** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel atteint ou dépasse 22 semaines si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 24.4 **Taux de mortalité fœtale de 500 g ou plus, selon la cause***
*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–1996 à 2003–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel atteint ou dépasse 22 semaines si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

Limites des données

La variation temporelle et régionale des méthodes d'enregistrement des naissances, en particulier des mortinaissances et des naissances vivantes à l'extrémité inférieure de la plage du poids à la naissance ou de l'âge gestationnel, peut avoir un effet sur les statistiques de l'état civil[11]. Les causes de mortalité fœtale ont été déterminées en fonction de la cause sous-jacente indiquée sur les formulaires d'enregistrement de la mortinaissance. L'exactitude de ces causes sous-jacentes n'est pas certaine à cause du faible taux d'autopsie de 40,1 % pratiqué sur les mortinaissances (données non publiées de Statistique Canada).

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. 10e révision, volume 2. Manuel d'instruction. Genève : OMS; 1993. p. 133–9.

2. Organisation mondiale de la Santé. *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates.* Genève : OMS; 2006. p. 6–7.

3. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(6):1923–35.

4. Cnattingius S, Stephansson O. The epidemiology of stillbirth. *Semin Perinatol.* 2002;26(1):25–30.

5. Say L, Donner A, Gulmezoglu AM, Taljaard M, Piaggio G. The prevalence of stillbirths: a systematic review. *Reprod Health.* 2006;3:1.

6. Goldenberg RL, Kirby R, Culhane JF. Stillbirth: a review. *J Matern Fetal and Neonatal Med.* 2004;16(2):79–94.

7. Wright VC, Chang J, Jeng G, Macaluso M. Assisted reproductive technology surveillance—United States, 2003. Dans : CDC Surveillance Summaries. *MMWR.* 2006;55(SS-4):1–22.

8. Westergaard T, Wohlfahrt J, Aaby P, Melbye M. Population based study of rates of multiple pregnancies in Denmark, 1980–1994. *BMJ.* 1997;314(7083):775–9.

9. Heffner LJ. Advanced maternal age—how old is too old? *N Engl J Med.* 2004;351(19):1927–9.

10. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 1998;338(3):147–52.

11. Joseph KS, Allen AC, Kramer MS, Cyr M, Fair ME (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985–1995. *Paediatric Perinatal Epidemiol.* 1999; 13(3):278–87.

■ 25. Taux de mortalité infantile

Joan Lindsay, Susie Dzakpasu et Alexander Allen

Le taux de mortalité infantile s'entend du nombre de décès d'enfants nés vivants au cours de la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes (à un endroit et à un moment donnés). La mortalité infantile peut se subdiviser en trois composantes : la mortalité néonatale précoce (0–6 jours), la mortalité néonatale tardive (7–27 jours) et la mortalité postnéonatale (28–364 jours). Il est possible de préciser les taux de mortalité infantile en calculant les taux de mortalité selon le poids à la naissance et l'âge au moment du décès, et spécifiques à l'âge gestationnel et à l'âge au moment du décès. On peut aussi analyser les taux de mortalité infantile selon la cause du décès.

Le taux de mortalité infantile est considéré comme le meilleur indice de l'état de santé d'une société. Les taux de mortalité infantile ont chuté dans presque tous les pays au cours du siècle dernier grâce à l'amélioration des installations sanitaires, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins de santé maternels et infantiles[1]. Ce déclin a toutefois ralenti ces dernières années[2]. On a déjà fait état au Canada de disparités au niveau du risque de mortalité infantile entre les sous-populations[3]. Certaines des différences géographiques au niveau des taux de mortalité infantile peuvent être attribuables à des différences à celui d'enregistrement du décès de nourrissons nés à la limite de la viabilité[4]. Nous avons donc présenté les taux de mortalité des nourrissons qui avaient un poids à la naissance de 500 grammes ou plus, en plus des taux de mortalité de nourrissons de tous les poids à la naissance (taux brut de mortalité infantile).

Le taux de mortalité infantile selon la cause est présenté conformément à une version modifiée du mode de classification mis au point par l'International Collaborative Effort (ICE)[5] qui englobe huit catégories : anomalies congénitales, asphyxie, immaturité, infection, syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), autre décès infantile inexpliqué, causes externes et autres affections. L'*annexe G* contient des tableaux détaillés sur la mortalité selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel.

On calcule le **taux de mortalité infantile d'une période** en comptant toutes les naissances et toutes les morts de nourrissons qui surviennent au cours d'une année civile donnée. Le **taux de mortalité infantile selon la cohorte des naissances** repose sur les naissances qui se produisent au cours de l'année civile, que la mort du nourrisson survienne au cours de la même année ou l'année suivante. On présente la mortalité infantile selon la cohorte de naissance dans le cas des nourrissons qui avaient un poids à la naissance de 500 grammes ou plus. On a calculé les taux de mortalité infantile à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Le taux brut de mortalité infantile est passé de 6,3 pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 5,1 en 2004. Dans le cas d'un poids à la naissance de 500 grammes ou plus, le taux de mortalité infantile a reculé de 5,3 pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 3,7 en 2003 (figure 25.1). En 2004, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où l'on n'a déclaré aucune mort infantile au cours de l'année, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique ont affiché le taux brut le plus bas de mortalité infantile à 4,3 pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 1,6–9,4, 2,9–6,1 et , 3,7–5,0 respectivement). Le Nunavut a présenté le taux brut de mortalité infantile le plus élevé en 2004, à 16,1 (IC à 95 % : 8,3–27,9) pour 1 000 naissances vivantes. En 2003, dans le cas des nouveau-nés qui pesaient 500 grammes ou plus à la

naissance, le Yukon a affiché le taux de mortalité infantile le plus faible à 0,0 (IC à 95 % : 0,0–11,0) pour 1 000 naissances vivantes, suivi de l'Île-du-Prince-Édouard à 2,1 (IC à 95 % : 0,4–6,2). Le taux le plus élevé s'est produit au Nunavut, avec 13,2 décès de nourrissons (IC à 95 % : 6,3–24,1) pour 1 000 naissances vivantes de 500 grammes ou plus (figure 25.4).

- Le taux brut de mortalité néonatale est tombé de 4,2 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 3,7 en 2004. Dans le cas des poids à la naissance de 500 grammes ou plus, le taux de mortalité néonatale a reculé de 3,4 pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 2,5 en 2003 (figure 25.1). En 2004, les Territoires du Nord-Ouest n'ont déclaré aucune mort néonatale et le taux le plus faible a été enregistré au Nouveau-Brunswick avec 2,4 (IC à 95 % : 1,4–3,9) pour 1 000 naissances vivantes. Le Nunavut a enregistré le taux brut le plus élevé de mortalité néonatale à 9,4 (IC à 95 % : 3,8–19,2). En 2003, chez les nouveau-nés qui pesaient 500 grammes ou plus à la naissance, Québec a affiché le taux de mortalité néonatale le plus faible avec 2,0 (IC à 95 % : 1,7–2,4) pour 1 000 naissances vivantes, suivi de Colombie-Britanique à 2,1 (IC à 95 % : 1,6–2,5). Le Nunavut a déclaré le taux le plus élevé à 6,6 morts néonatales (IC à 95 % : 2,1–15,3) pour 1 000 naissances vivantes pesant 500 grammes ou plus (figure 25.2).
- Le taux brut de mortalité postnéonatale a diminué lui aussi pour passer de 2,1 décès pour 1 000 survivants néonataux en 1995 à 1,3 en 2004. Dans le cas des poids à la naissance de 500 grammes ou plus, le taux de mortalité postnéonatale pour 1 000 survivants néonataux a diminué de 1,9 en 1995 à 1,3 en 2003 (figure 25.1). En 2004, Québec a affiché le taux rapportable de mortalité postnéonatale le plus faible avec 0,9 (IC à 95 % : 0,7–1,2) pour 1 000 survivants néonataux, suivi de Colombie-Britannique avec 1,2 (IC à 95 % : 0,9–1,6). Le Nunavut a enregistré le taux de mortalité postnéonatale le plus élevé avec 6,8 (IC à 95 % : 2,2–15,7) pour 1 000 survivants néonataux. En 2003, dans le cas des poids à la naissance de 500 grammes ou plus, Québec a affiché aussi le taux le plus faible de mortalité postnéonatale avec 0,7 (IC à 95 % : 0,6–1,0) pour 1 000 survivants néonataux, suivi de Colombie-Britannique avec 1,2 (IC à 95 % : 0,9–1,6). Le Nunavut a enregistré le taux de mortalité postnéonatale le plus élevé avec 6,6 décès (IC à 95 % : 2,2–15,4) pour 1 000 survivants néonataux (figure 25.3).
- En 2004, l'immaturité était la principale cause de mortalité infantile au Canada, suivie des anomalies congénitales et de l'asphyxie (figure 25.5). C'est différent de la situation qui prévalait en 1999 lorsque les anomalies congénitales ont constitué la principale cause de mortalité infantile[6]. Des données indiquent que les augmentations du diagnostic prénatal et du nombre des interruptions de grossesse dans les cas d'anomalies congénitales ont fait tomber la mortalité infantile globale[7]. Le taux de mortalité infantile attribuable aux anomalies congénitales s'est replié de 1,4 pour 1 000 naissances vivantes en 1999 à 1,2 en 2004. Le taux de SMSN a diminué de 50 % pour passer de 0,6 à 0,3 pour 1 000 naissances vivantes au cours de la même période (figure 25.6). En 2004, l'immaturité était la principale cause de décès au cours de la période néonatale et les anomalies congénitales ont été la principale cause au cours de la période postnéonatale.

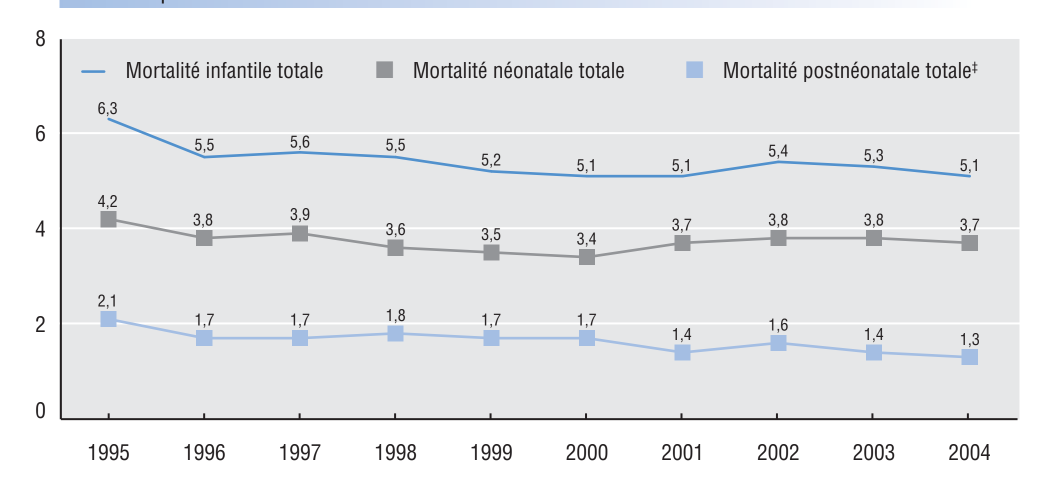
Limites des données

Les variations régionales au niveau de l'enregistrement des naissances et, en particulier, dans le cas des nouveau-nés prématurés extrêmement petits peuvent avoir un effet sur les données des statistiques de l'état civil[4, 8–9].

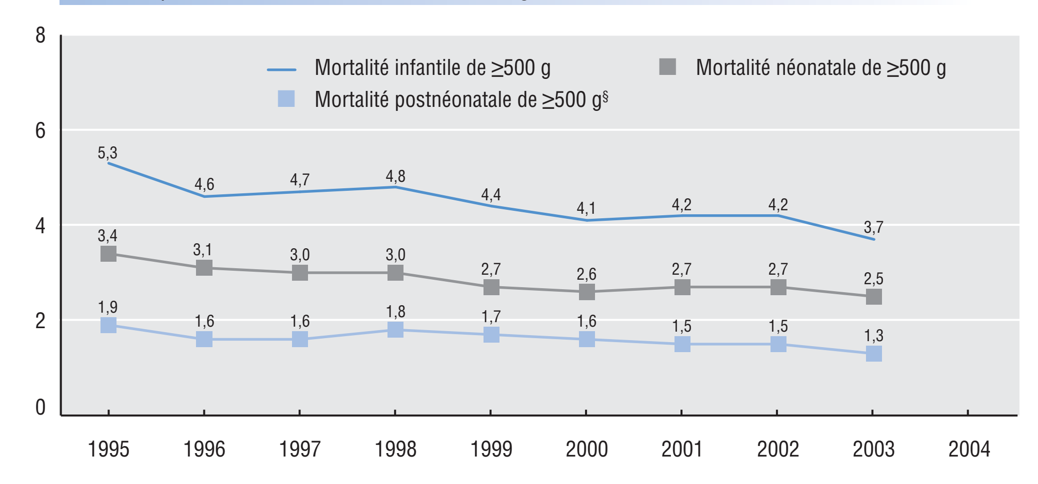
FIGURE 25.1 Taux de mortalité néonatale, postnéonatale et infantile

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

A Mortalité pour 1 000 naissances vivantes**



B Mortalité pour 1 000 naissances vivantes ≥500 g***



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès, 1995–2003 (calcul de cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

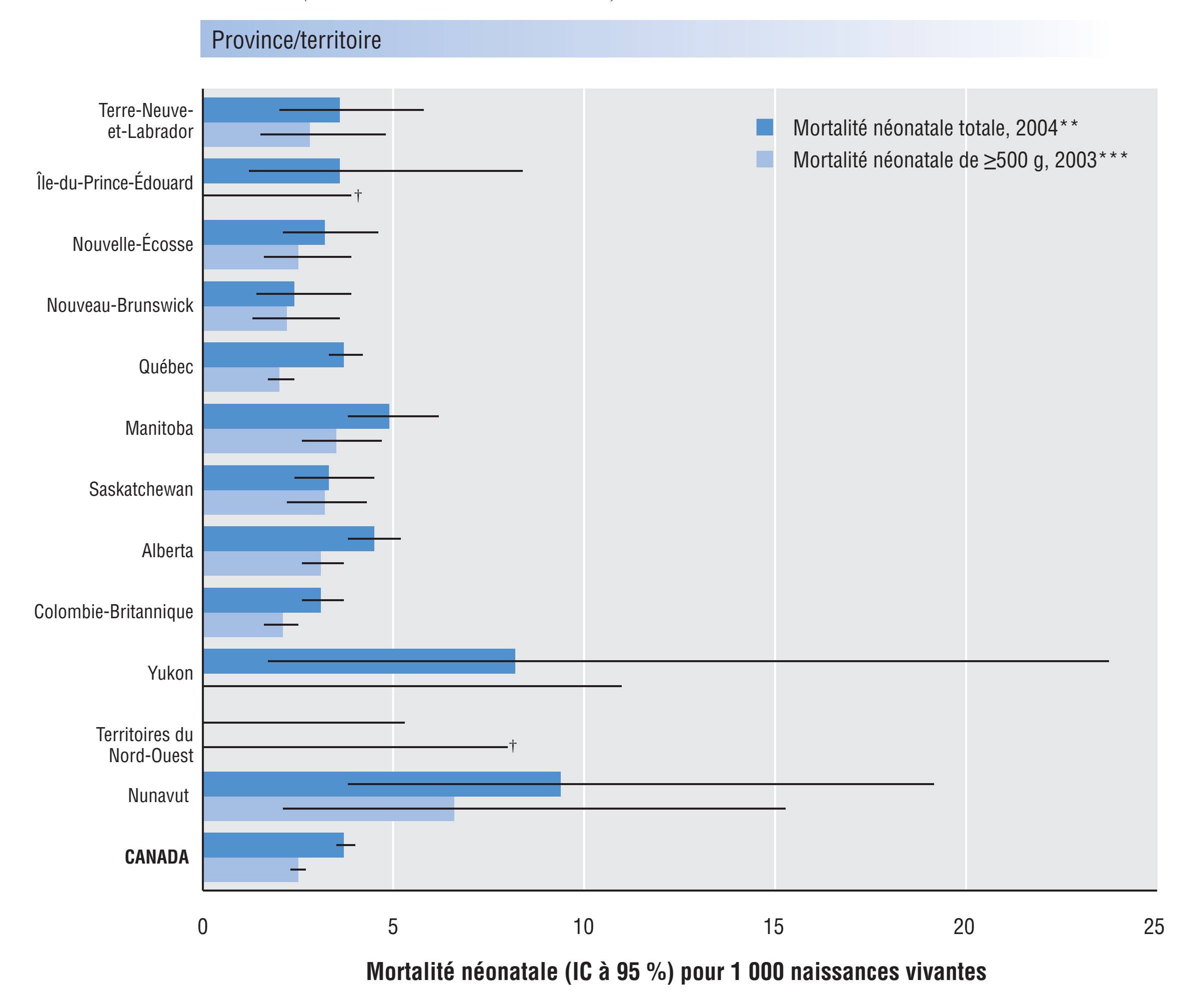
** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

‡ Pour 1 000 survivants néonataux.

§ Pour 1 000 survivants néonataux de 500 g ou plus.

FIGURE 25.2 **Taux de mortalité néonatale, selon la province/le territoire**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2003 et 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès, 2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Inclut les décès survenus au cours de l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

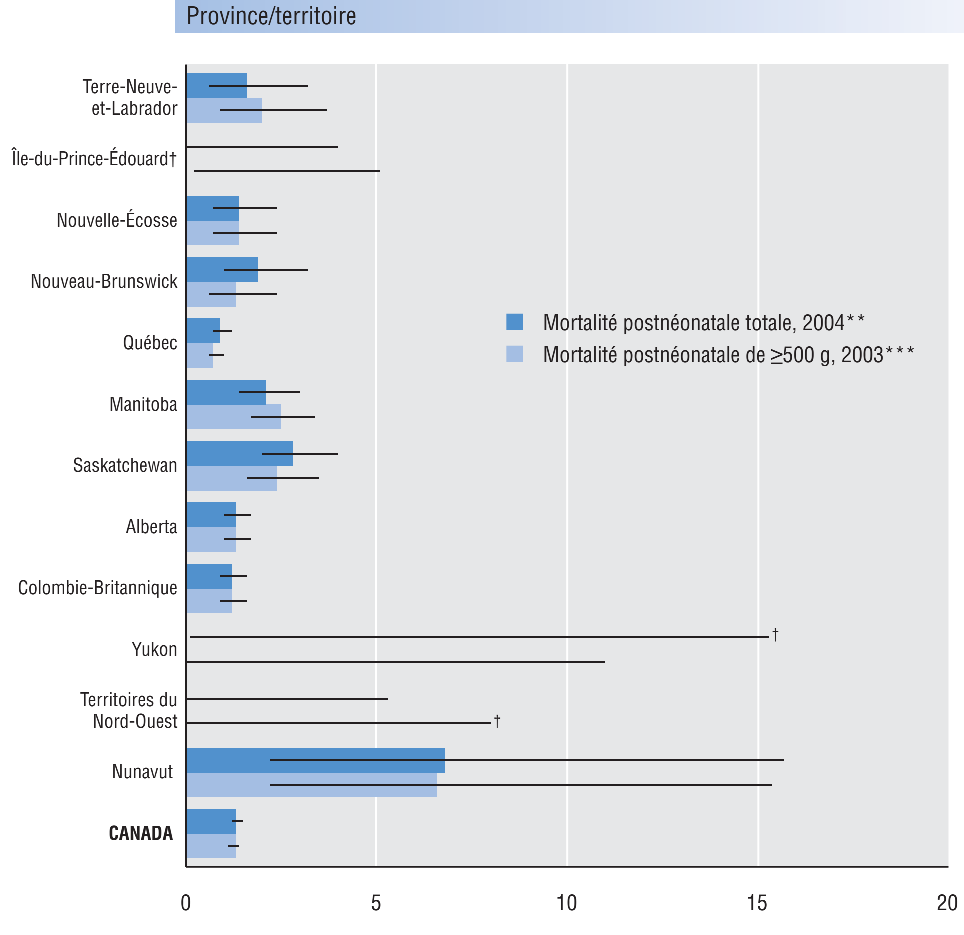
*** Inclut les décès survenus chez les nourrissons qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

† Taux supprimé à cause des petits nombres.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 25.3 Taux de mortalité postnéonatale, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2003 et 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès, 2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

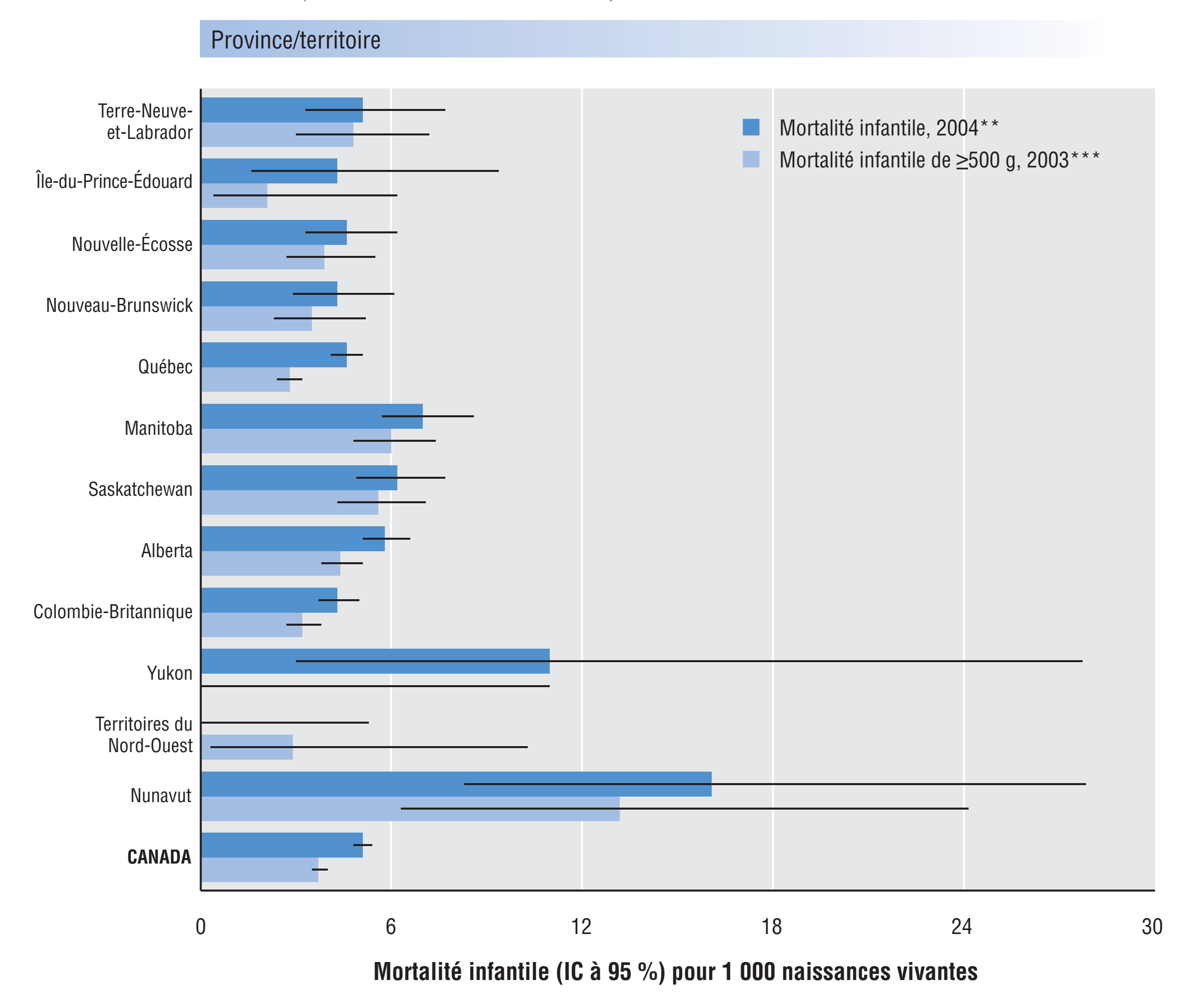
*** Inclut les décès survenus chez les nourrissons qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

† Taux supprimé à cause des petits nombres.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 25.4 Taux de mortalité infantile, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2003 et 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé des naissances et des décès, 2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

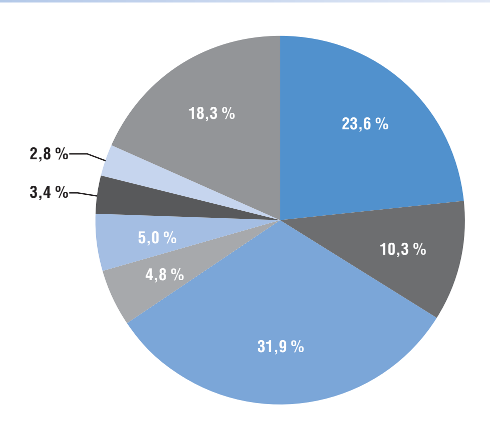
*** Inclut les décès survenus chez les nourrissons qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

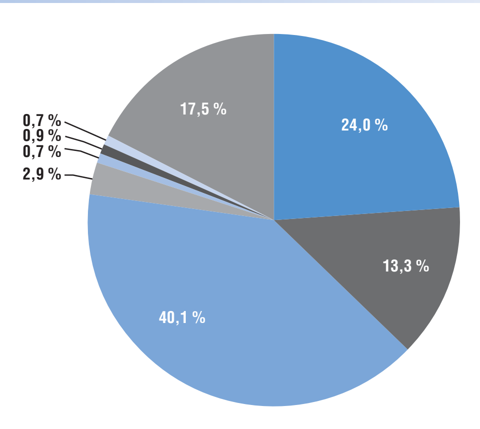
FIGURE 25.5 Causes de mortalité infantile

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

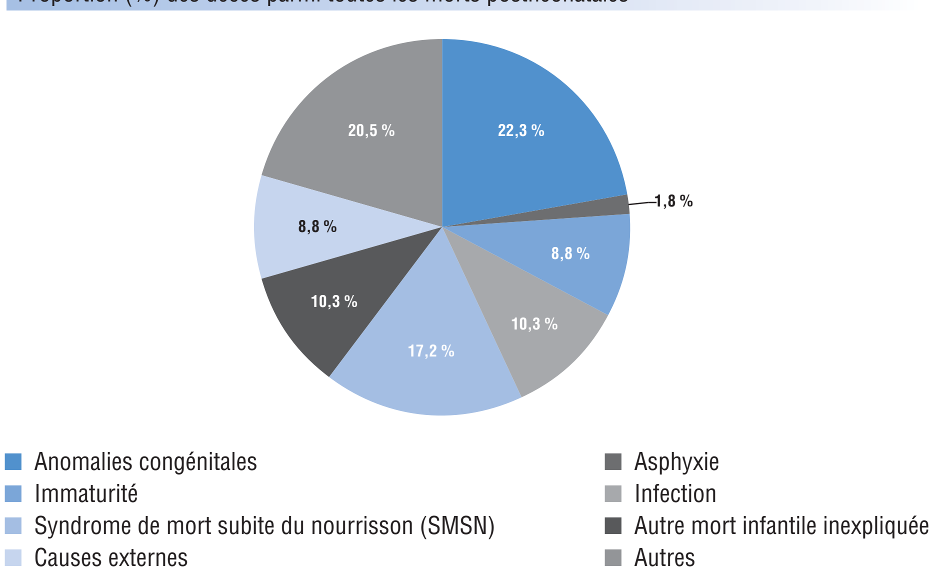
Proportion (%) des décès parmi la totalité des morts infantiles**



Proportion (%) des décès parmi la totalité des morts néonatales**



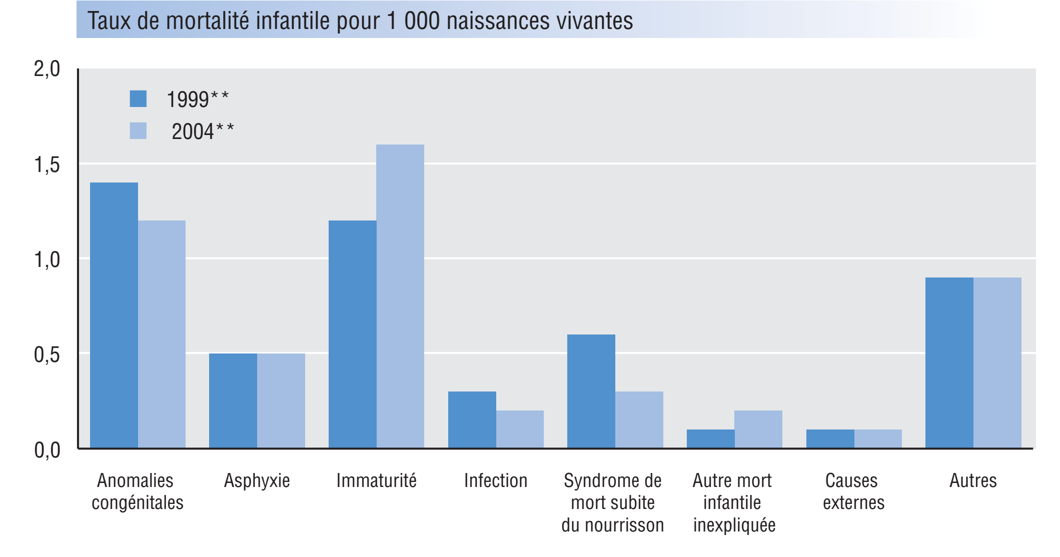
Proportion (%) des décès parmi toutes les morts postnéonatales**



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier non lié, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

FIGURE 25.6 **Taux de mortalité infantile, selon la cause**

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 et 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier non lié, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

Références

1. Buehler JW, Kleinman JC, Hogue CJR, Strauss LT, Smith JC. Birth weight-specific infant mortality, United States, 1960 and 1980. *Public Health Rep.* 1987;102(2):151–61.

2. Kleinman JC. The slowdown in the infant mortality decline. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1990;4(4):373–81.

3. Wilkins R., Houle C, Berthelot JM, Ross N. L'évolution de l'état de santé des enfants au Canada. *Isuma.* 2000;1(2):57–63.

4. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 grams. *JAMC.* 1996;155(8):1047–52.

5. Cole S, Hartford RB, Bergsjo P, McCarthy B. International Collaborative Effort (ICE) on birthweight, plurality, perinatal, and infant mortality: a method of grouping underlying causes of infant death to aid international comparisons. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1989;68(2):113–7.

6. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2003.

7. Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada. *JAMA.* 2002;287(12):1561–7.

8. Joseph KS, Allen A, Kramer MS, Cyr M, Fair M (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985–1995. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1999;13(3):278–87.

9. Wen SW, Kramer MS, Liu S, Dzakpasu S, Sauve R. Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994. *Maladies chroniques au Canada.* 2000;21(1):15–24.

26. Taux de morbidité néonatale grave

Shiliang Liu, Reg Sauve et Shoo K. Lee

Le taux de morbidité néonatale s'entend du nombre de nourrissons atteints d'une affection néonatale grave au cours du premier mois suivant la naissance par rapport au nombre total de naissances d'enfants vivants (à un endroit et à un moment donnés).

Les problèmes morbides graves au cours de la période néonatale (notamment le syndrome de détresse respiratoire grave (SDR), la septicémie, les convulsions, l'hémorragie intra-ventriculaire (HIV) grave, la persistance de la circulation fœtale et de multiples malformations congénitales) sont d'importants prédicteurs de morbidité postnéonatale et d'incapacité à long terme[1–5]. On associe beaucoup de ces affections à la naissance prématurée et elles jouent un rôle dans les taux plus élevés de mortalité infantile et de déficit du développement de la petite enfance chez les nourrissons prématurés. Les taux de déficit neurodéveloppemental ont diminué récemment chez les bébés de poids extrêmement faible à la naissance[6]. On a établi un lien entre tout un éventail de facteurs périnataux et néonataux et une amélioration des résultats, y compris des interventions comme le recours aux stéroïdes prénataux et à l'accouchement par césarienne[6].

Cette section présente les taux d'intubation néonatale, de septicémie, ainsi que la durée du séjour à l'hôpital (utilisée comme substitut de la morbidité néonatale grave qui peut prolonger le séjour à l'hôpital) chez les nourrissons qui, à la naissance, pesaient moins de 1 000 grammes, de 1 000 à 2 499 grammes et plus de 2 500 grammes. La présentation des taux selon la catégorie de poids à la naissance met en évidence les différences au niveau du risque de morbidité chez les divers groupes de nouveau-nés.

On a calculé les taux de morbidité néonatale grave à partir des données nationales sur l'hospitalisation.

Résultats

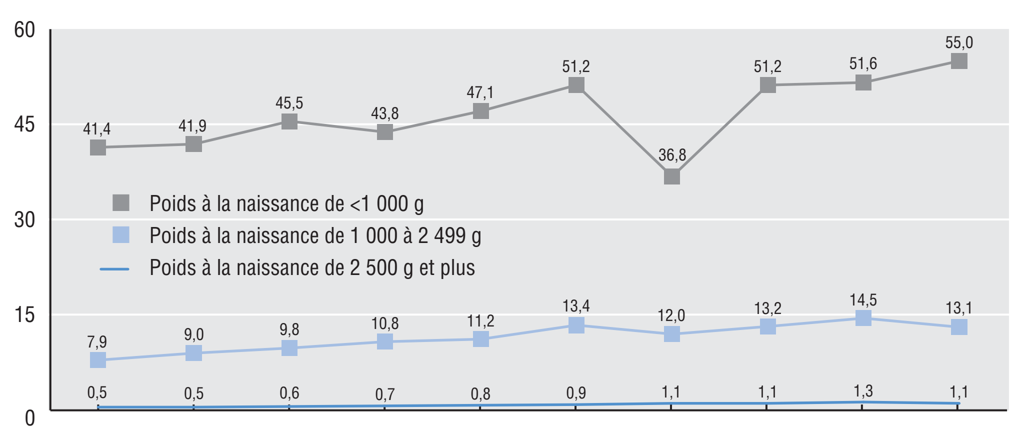
- Chez les nouveau-nés qui pesaient moins de 1 000 grammes à la naissance, le taux d'intubation est passé de 41,4 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 55,0 en 2004–2005 (figure 26.1A). Le taux de septicémie néonatale est passé de 26,2 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 29,4 en 2001–2002, pour reculer ensuite à 22,4 en 2004–2005 (figure 26.1B). La durée moyenne du séjour des nourrissons qui pesaient moins de 1 000 grammes est passée de 25,9 à 26,5 jours au cours de la même période (tableau G26.1 de l'*annexe G*).
- Dans le cas des nourrissons dont le poids à la naissance se situait entre 1 000 et 2 499 grammes, le taux d'intubation a presque doublé pour passer de 7,9 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 13,1 en 2004–2005. Le taux de septicémie néonatale a grimpé de 10,7 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 13,1 en 2001–2002 et a ensuite dégringolé de façon spectaculaire pour tomber à 4,8 en 2004–2005. La durée moyenne du séjour chez les sujets de ce groupe de poids à la naissance est baissée de 10,2 à 9,1 jours (tableau G26.1 de l'*annexe G*).

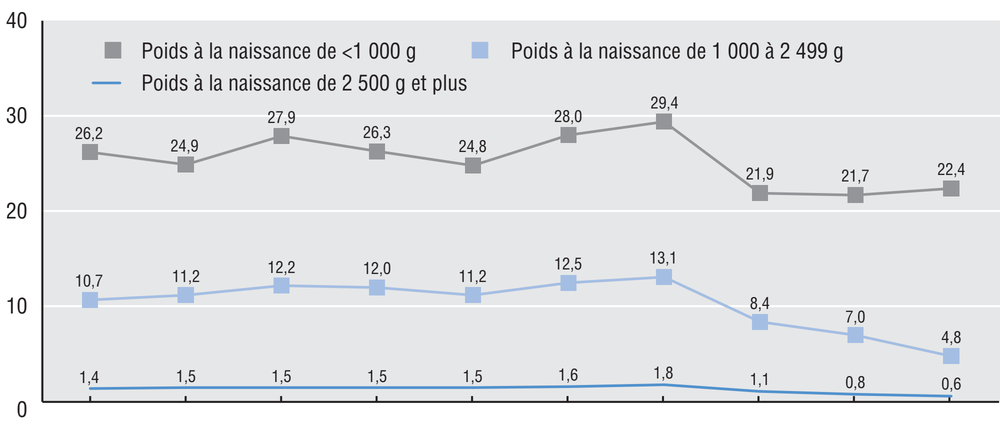
- Chez les nourrissons qui pesaient 2 500 grammes ou plus à la naissance, le taux d'intubation était relativement faible, mais il est passé de 0,5 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 1,1 en 2004–2005. Le taux de septicémie néonatale est passé de 1,4 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 1,8 en 2001–2002 pour reculer ensuite rapidement à 0,6 en 2004–2005. La durée moyenne du séjour a diminué légèrement pendant la même période pour passer de 2,6 à 2,3 jours (tableau G26.1 de l'*annexe G*).
- On ne sait pas trop pourquoi les taux de septicémie néonatale ont reculé au cours des dernières années. Le SCSP enquêtera pour déterminer les causes possibles qui peuvent inclure le recours accru aux antibiotiques au cours de la période intranatale, le changement de codage (de la CIM-9 à la CIM-10) ou la correction d'erreurs antérieures possibles dans les données de l'Ontario (le taux déclaré de septicémie néonatale en Ontario s'établissait à 43,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2000–2001[7]).
- Au cours de la période de 2002–2003 à 2004–2005 à les taux d'intubation ont varié énormément entre les provinces et les territoires. Dans le cas des nouveau-nés dont le poids à la naissance se situait entre 1 000 et 2 499 grammes, par exemple, le taux a atteint 8,0 (IC à 95 % : 7,6–8,5) pour 100 naissances vivantes survenues à l'hôpital au Québec et 17,6 (IC à 95 % : 16,8–18,4) en Alberta (figure 26.2). Par ailleurs, les nouveau-nés de chaque catégorie de poids à la naissance semblaient séjourner beaucoup moins longtemps à l'hôpital dans certaines provinces ou certains territoires (figure 26. 4).

Limites des données

Les limites de la surveillance de la morbidité néonatale grave sont reliées avant tout à celles des bases de données sur les hospitalisations et à la disponibilité des données. En général, les limites des bases de données utilisées peuvent se traduire par une sous-estimation de la morbidité néonatale grave. Les variations au niveau des définitions de cas et du codage d'affections néonatales pourraient avoir une incidence sur les cas déclarés. En outre, on ne disposait pas de données pour déterminer la durée de l'intubation ou son indication. De même, l'information disponible telle que codée ne fait aucune distinction entre les degrés de gravité des affections.

FIGURE 26.1 **Taux d'intubation et de septicémie néonatale, selon la catégorie de poids à la naissance**
Canada, 1995–1996 à 2004–2005





Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

FIGURE 26.2 Taux d'intubation, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire

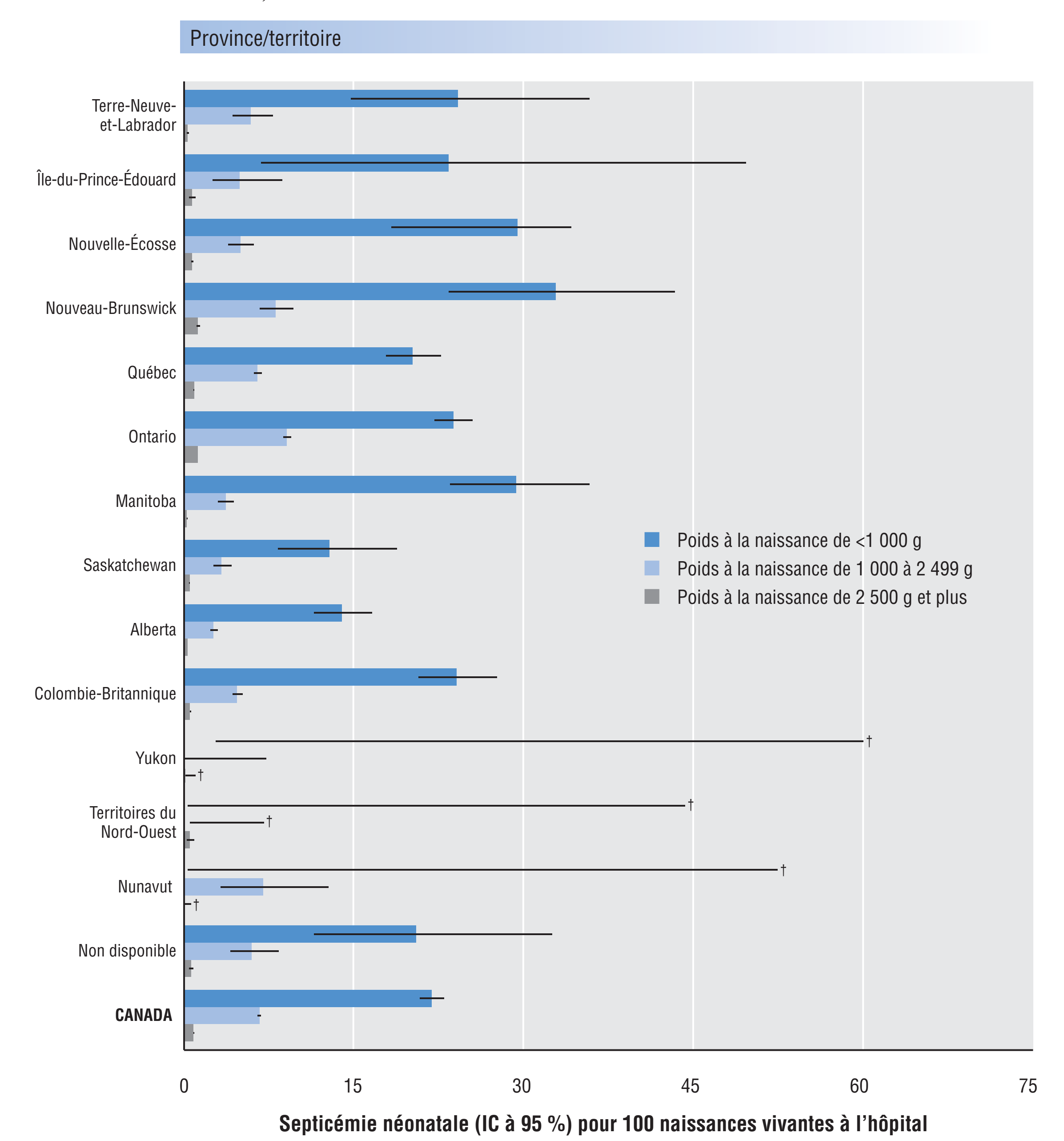
Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 26.3 **Taux de septicémie néonatale, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire**

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.

† Taux supprimé à cause des petits nombres.

IC—intervalle de confiance

FIGURE 26.4 Durée moyenne du séjour, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées

Province/territoire	Durée moyenne du séjour en jours (ET)		
	Poids à la naissance de <1 000 g	Poids à la naissance de 1 000–2 499 g	Poids à la naissance de 2 500 g et plus
Terre-Neuve-et-Labrador	38,2 (32,7)	13,5 (12,6)	2,9 (1,6)
Île-du-Prince-Édouard	39,3 (31,0)	15,2 (11,0)	3,4 (1,7)
Nouvelle-Écosse	45,0 (30,8)	13,7 (11,9)	2,7 (1,7)
Nouveau-Brunswick	39,1 (28,7)	13,6 (11,7)	2,8 (1,8)
Québec	26,3 (30,1)	9,6 (0,5)	2,7 (1,5)
Ontario	23,2 (28,0)	8,6 (9,1)	2,2 (1,4)
Manitoba	26,6 (31,5)	11,7 (11,3)	2,4 (1,5)
Saskatchewan	35,3 (32,9)	11,7 (11,3)	2,5 (1,7)
Alberta	23,2 (27,1)	8,7 (9,2)	1,9 (1,3)
Colombie-Britannique	26,7 (29,4)	9,4 (9,4)	2,3 (1,6)
Yukon	29,4 (34,3)	8,3 (9,0)	2,9 (1,5)
Territoires du Nord-Ouest	7,8 (13,4)	6,7 (8,2)	2,7 (1,5)
Nunavut	20,4 (31,2)	8,8 (9,9)	2,0 (1,5)
Non disponible	13,5 (22,2)	9,4 (10,8)	2,0 (1,6)
CANADA	**25,5 (29,1)**	**9,4 (9,9)**	**2,3 (1,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
ET—écart-type

Références

1. Schmidt B, Asztalos EV, Roberts RS, Robertson CM, Sauve RS, Whitfield MF (Trial of Indomethacin Prophylaxis in Preterms (TIPP) Investigators). Impact of bronchopulmonary dysplasia, brain injury, and severe retinopathy on the outcome of extremely low-birth-weight infants at 18 months: results from the Trial of Indomethacin Prophylaxis in Preterms. *JAMA.* 2003;289(9):1124–9.

2. Boyer KM, Hayden WR. Sepsis and septic shock. Dans : Oski FA, DeAngelis CD, Feigin RD ,McMillan JA, Warshaw JB (Éditeurs). *Principles and Practice of Pediatrics,* 2e édition. Philadelphie : J.B. Lippincott Company; 1994. p. 1119–24.

3. de Kleine MJ, den Ouden AL, Kollée LA, Ilsen A, van Wassenaer AG, Brand R, et coll. Lower mortality but higher neonatal morbidity over a decade in very preterm infants. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007;21(1):15–25.

4. Osborn DA, Hunt RW. Postnatal hormones for respiratory distress syndrome in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Review* 2007;1, Art. No.: CD005946. DOI:10.1002/14651858.CD005946.pub2.

5. Hays SP, Smith EO, Sunehag AL. Hyperglycemia is a risk factor for early death and morbidity in extremely low birth-weight infants. *Pediatrics.* 2006;118(5):1811–8.

6. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, et coll. Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000–2002. *Pediatrics.* 2007;119:37–45.

7. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2003.

27. Taux d'accouchement multiple

Juan Andrés León et Arne Ohlsson

Le taux d'accouchement multiple s'entend du nombre de naissances vivantes et de mortinaissances suivant une grossesse multiple par rapport au nombre total des naissances vivantes et des mortinaissances (à un endroit et à un moment donnés).

Les grossesses multiples entraînent un risque accru de plusieurs problèmes de santé chez la mère et ses nourrissons. Par exemple, les mères qui accouchent de multiples nourrissons sont plus susceptibles de souffrir d'anémie, de la pré-éclampsie, de commencer le travail prématurément et d'accoucher par césarienne, tandis que les nourrissons risquent davantage d'avoir un faible poids à la naissance, d'avoir une croissance fœtale faible, de naître prématurément et de mourir en période périnatale[1,2]. Dans 5 % à 15 % des cas, le fœtus se présente de façon anormale au cours de l'accouchement[3]. Les enfants issus d'une grossesse multiple peuvent être à risque accru de paralysie cérébrale et d'autres incapacités neurodéveloppementales à long terme.[4]

La montée récente des naissances multiples reflète le recours accru aux traitements médicaux et chirurgicaux pour améliorer la fécondité et l'âge plus avancé de la mère au moment de la conception[5]. Comparativement à la fécondation par ovulation naturelle, la fécondation in vitro (FIV) multiplie par 20 le risque d'avoir des jumeaux et par 400 celui d'avoir des triplets ou des quadruplés[6]. On estime que les deux tiers de l'augmentation des naissances multiples sont attribuables aux traitements contre l'infertilité et l'autre tiers, à la tendance à l'âge plus avancé de la mère[7]. Même si la probabilité de naissances multiples naturelles est plus élevée chez les mères plus âgées, il est difficile de séparer l'effet de l'âge avancé de la mère de celui des techniques de procréation assistée. Les femmes plus âgées risquent de souffrir davantage d'infertilité, ce qui les prédispose à recevoir de tels traitements[8]. De plus en plus de données montrent que les techniques qui réduisent les grossesses qui comptent trois fœtus ou plus à celles de jumeaux[9] ou qui limitent le nombre d'embryons transférés par FIV[10] peuvent réduire les issues défavorables associées aux grossesses multiples.

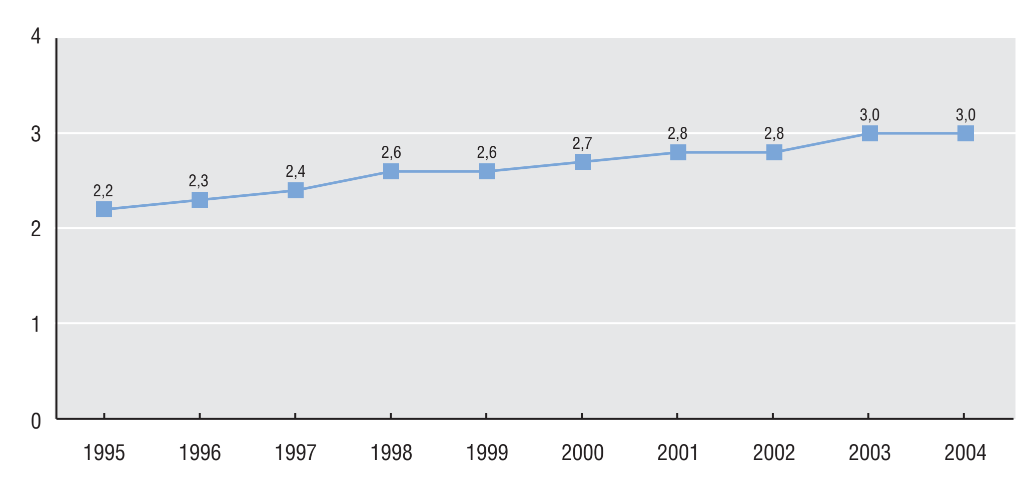
La montée du nombre des naissances multiples a d'importantes répercussions socioéconomiques pour les familles en cause et pour la société. Les coûts comportent notamment ceux de la prestation de services de santé et autres aux bébés prématurés nés à la suite d'une grossesse multiple. Les exigences psychosociales, financières et pratiques liées à l'éducation des bébés entraînent des coûts supplémentaires pour les familles.

On a calculé le taux d'accouchement multiple à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

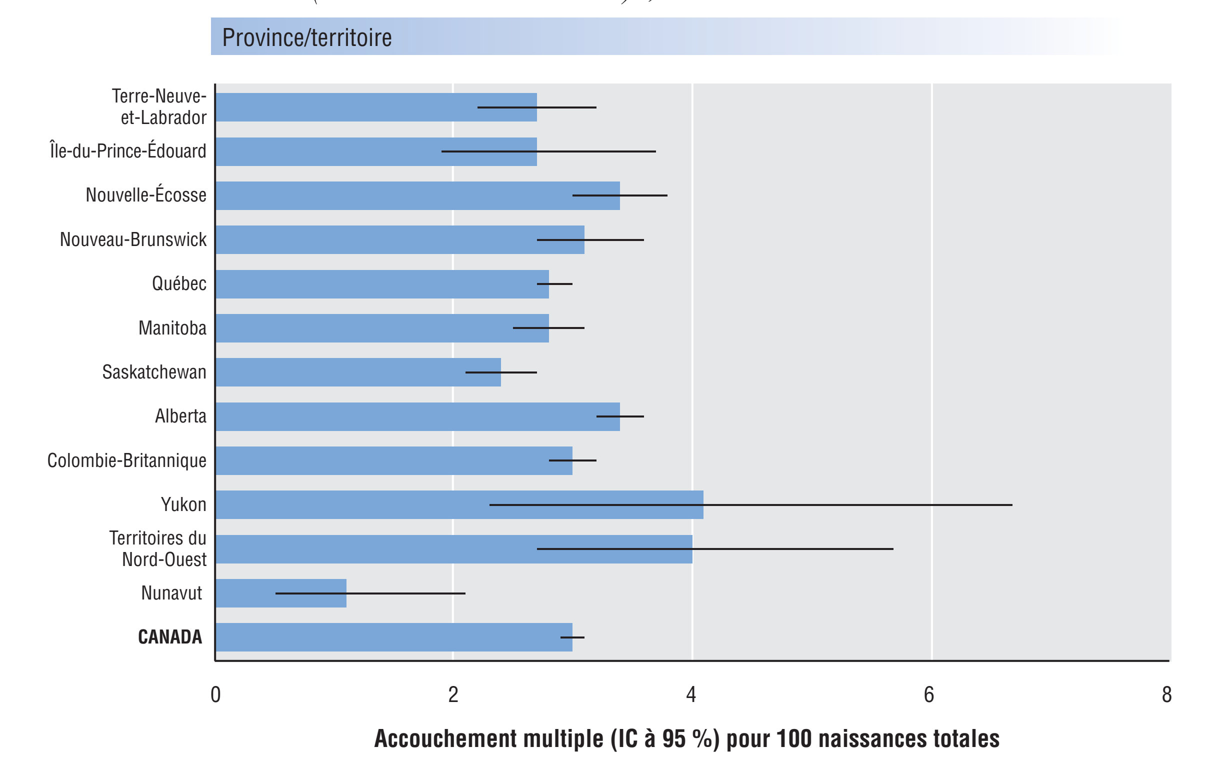
- Au cours de la période de 1995 à 2004, le taux d'accouchement multiple a augmenté régulièrement pour passer de 2,2 % à 3,0 % (figure 27.1).
- En 2004, les taux d'accouchement multiple ont varié selon les provinces et les territoires, mais il ne faut pas oublier le faible nombre de sujets (et, par conséquent, d'estimations instables) dans certaines administrations (figure 27.2). Le Nunavut affichait le taux le plus faible d'accouchement multiple à 1,1 % (IC à 95 % : 0,5–2,1) et le Yukon, le plus élevé à 4,1 % (IC à 95 % : 2,3–6,7). Les variations peuvent être attribuables en partie aux différences au niveau de l'accès et du recours à des méthodes d'amélioration de la fécondité, ou bien à des différences démographiques entre les populations.

FIGURE 27.1 **Taux d'accouchement multiple**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

FIGURE 27.2 **Taux d'accouchement multiple, selon la province/le territoire**
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*



Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

Les données sur les accouchements multiples au Canada sont tirées des déclarations des naissances, où il peut y avoir des erreurs de transcription.

Références

1. Lee YM, Cleary-Goldman J, D'Alton ME. The impact of multiple gestations in late preterm (near-term) births. *Clin Perinatol*. 2006;33(4):777–92.

2. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et coll. *A guide to effective care in pregnancy and child birth,* 3e édition. Oxford : Oxford University Press; 2000.

3. Chamberlain G, Steer P. ABC of labour care: unusual presentations and positions and multiple pregnancy. *BMJ*. 1999;318(7192):1192–4.

4. Rand L, Eddleman KA, Stone J. Long-term outcomes in multiple gestations. *Clin Perinatol.* 2005;32(2):495–513.

5. Blondel B, Kogan MD, Alexander GR, Dattani N, Kramer MS, Macfarlane A, et coll. The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight: an international study. *Am J Public Health.* 2002;92(8):1323–30.

6. Brinsden PR. Controlling the high order multiple birth rate: the European perspective. *Reprod Biomed Online.* 2003;6(3):339–44.

7. Martin JA, Park MM. Trends in twin and triplet births: 1980–97. *Natl Vital Stat Rep*. 1999;47(24):1–16. Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 1999.

8. Alexander GR, Wingate MS, Salihu H, Kirby RS. Fetal and neonatal mortality risks of multiple births. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2005;32(1):1–16.

9. Dodd J, Crowther C. Multiple pregnancy reduction of triplet and higher-order multiple pregnancies to twins. *Fertil Steril.* 2004;81(5):1420–2.

10. Dare MR, Crowther CA, Dodd JM, Norman RJ. Single or multiple embryo transfer following in vitro fertilisation for improved neonatal outcome: A systematic review of the literature. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2004;44(4):283–91.

■ 28. Prévalence des anomalies congénitales

Juan Andrés León, Jane Evans et Cathie Royle

La prévalence des anomalies congénitales (AC) à la naissance s'entend du nombre de naissances vivantes ou de mortinaissances qui avaient au moins une anomalie congénitale par rapport au nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances (à un endroit et à un moment donnés).

Les expressions anomalies congénitales, déficiences congénitales et malformations congénitales sont des synonymes qui décrivent une anomalie structurelle ou fonctionnelle présente à la naissance[1]. Elles font partie d'un spectre d'issues défavorables de la grossesse qui peuvent inclure l'avortement spontané, la mortinaissance et la mortalité infantile[2]. Les anomalies congénitales sont l'une des principales causes de mortalité infantile et d'années possibles de vie perdues. Les estimations de leur prévalence à la naissance tirées de registres ou de systèmes de surveillance varient en fonction des critères d'inclusion et des méthodes de détermination utilisées[3]. La disponibilité croissante du diagnostic prénatal et de l'arrêt subséquent de grossesses comportant des anomalies graves a entraîné des réductions marquées de la mortalité infantile causée par des anomalies congénitales[4]. Les anomalies de l'appareil locomoteur, les anomalies cardiaques congénitales et celles de l'appareil urinaire constituent les sous-groupes les plus prévalents d'anomalies congénitales au Canada[5].

Le présent rapport met en évidence trois des anomalies congénitales les plus reconnues, soit le syndrome de Down (SD), les anomalies du tube neural (ATN) et les fentes labiopalatines (FLP).

Le syndrome de Down est mis en évidence parce que le pourcentage des naissances de femmes d'âge maternel avancé, facteur qu'on associe au syndrome, a augmenté au cours des dernières années et aussi à cause de la capacité accrue des tests prénataux de dépistage du syndrome de Down.

Les anomalies du tube neural, qui comprennent principalement l'anencéphalie, le spina bifida et l'encéphalocèle, sont particulièrement importantes parce qu'il est établi que l'on peut en réduire l'incidence par des stratégies efficaces comme l'enrichissement des aliments par l'acide folique[6] et la prise de suppléments d'acide folique pendant la période périconceptionnelle[7]. La réduction de la prévalence des ATN à la naissance au Canada depuis la fin des années 1990 peut être attribuée principalement à l'enrichissement par l'acide folique de la farine et d'autres produits des grains céréaliers qui est devenu obligatoire en novembre 1998. Les données tirées d'une étude sur les ATN effectuée dans sept provinces de 1993 à 2002, qui a aussi permis de déterminer les ATN dans les cas de grossesse interrompue, indiquent qu'une tendance d'est en ouest de la prévalence de l'ATN était évidente avant l'imposition de l'enrichissement des aliments. Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus élevé comparativement à la Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec, au Manitoba, à l'Alberta et à la Colombie-Britannique. Lorsque l'enrichissement s'est généralisé, la prévalence a diminué de façon évidente dans les sept provinces, mais la baisse observée était plus importante dans les provinces où les taux de départ étaient plus élevés, ce qui fait que la tendance est-ouest est beaucoup moins apparente[8].

On associe souvent les fentes labiopalatines à d'autres anomalies majeures. Comme dans le cas de beaucoup d'autres anomalies congénitales, elle représente un fardeau important pour les personnes en cause et leur famille, et la prise en charge engloutit des dépenses considérables en services de santé[9]. Les fentes labiopalatines (FLP) comprennent deux manifestations distinctes—la fente palatine (FP) et la fente labiale avec ou sans fente palatine (FL/P).

On a calculé la prévalence des anomalies congénitales à partir des données sur les hospitalisations tirées du Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC).

Résultats

Anomalies congénitales

- En 2004, la prévalence à la naissance des anomalies congénitales identifiées au Canada s'établissait à 4,8 (ou 479,8 pour 10 000 naissances totales). Entre 1995 et 2004, le taux est demeuré relativement stable, oscillant entre 452,8 pour 10 000 naissances totales en 1995 et 522,8 en 2001 (tableau G28 de l'*annexe G*).

Syndrome de Down

- Entre 1995 et 2003, la prévalence à la naissance du syndrome de Down a augmenté légèrement pour passer de 13,4 à 15,5 pour 10 000 naissances totales avant de reculer à 13,5 en 2004 (figure 28.1).
- Au cours des années 2001 à 2004 combinées, la prévalence à la naissance du syndrome de Down a varie considérablement entre les provinces et les territoires du Canada (figure 28.2). Les différences régionales peuvent être attribuables à une variation de la distribution de l'âge de la mère, à la disponibilité et à l'utilisation du dépistage et du diagnostic prénataux, ainsi qu'aux taux d'interruption des grossesses dont le fœtus est atteint du syndrome de Down.

Anomalies du tube neural

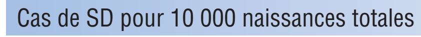
- De 1995 à 2004, la prévalence à la naissance des anomalies du tube neural au Canada a diminué de plus de la moitié pour tomber de 9,2 à 4,0 pour 10 000 naissances totales. On a observé une baisse de la prévalence à la naissance à la fois de l'anencéphalie et les anomalies semblables (de 1,8 à 1,1 pour 10 000 naissances totales) et du spina bifida (de 6,5 à 2,6 pour 10 000 naissances totales) (figure 28.3).
- Au cours des années 2001-2004, la prévalence à la naissance des anomalies du tube neural, de l'anencéphalie et les anomalies semblables, et du spina bifida a varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada (figure 28.4). Cette variation peut refléter les différences géographiques au niveau de la disponibilité et de l'utilisation des services de dépistage et de diagnostic prénataux et les taux d'interruption de grossesses dont le fœtus est atteint d'une ATN.

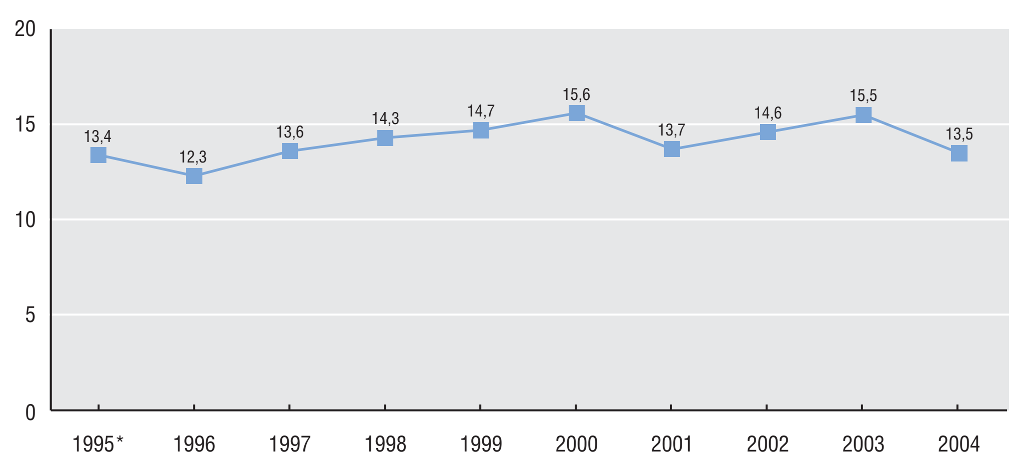
Fissure bucco-faciale

- En 2004, la prévalence à la naissance de la fente palatine et de la fente labiale avec ou sans fente palatine au Canada s'établissait à 6,5 et 9,7 pour 10 000 naissances totales respectivement. Entre 1995 et 2004, la prévalence à la naissance de la fente palatine a oscillé entre 6,2 et 8,2 pour 10 000 naissances totales, tandis que celle de la fente labiale avec ou sans fente palatine a diminué légèrement pour tomber de 11,2 à 9,7 pour 10 000 naissances totales (figure 28.5).
- Au cours de la période de 2001 à 2004, la prévalence à la naissance de la fente palatine et de la fente labiale avec ou sans fente palatine a varié considérablement entre les provinces et les territoires (figure 28.6). Les différences régionales peuvent être influencées par les caractéristiques démographiques comme la prédisposition génétique et le pourcentage des Canadiens autochtones qui présentent un risque plus élevé que les Canadiens non autochtones[10]. Les fentes labiopalatines se prêtent au diagnostic prénatal par échographie. Il est peu probable que l'on mette fin à de nombreuses grossesses chez lesquelles on a isolé seulement une fente labiopalatine. Par contre, l'association de fentes labiopalatines avec d'autres anomalies, y compris des défauts chromosomiques, signifierait que plusieurs de ces cas auraient pu être diagnostiqués avant la naissance et que les grossesses en cause auraient pu être interrompues.

FIGURE 28.1 Taux de syndrome de Down (SD)

Canada, 1995–2004*

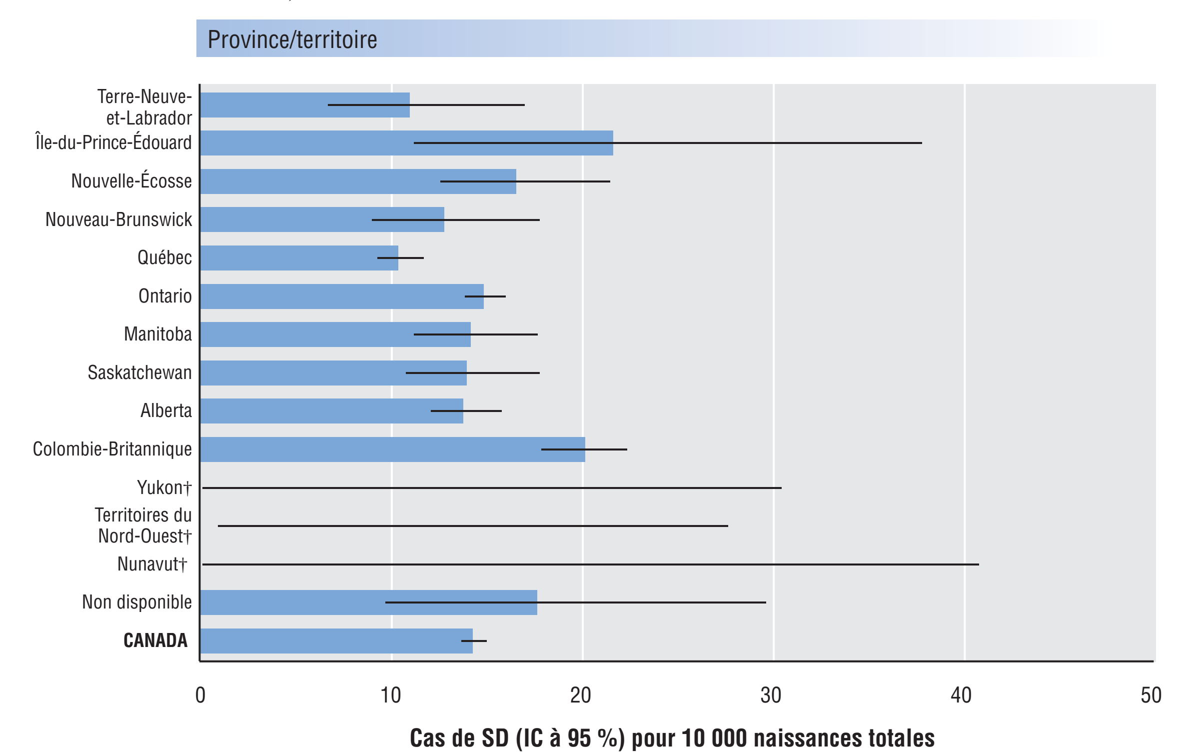




Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.
* Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

FIGURE 28.2 Taux de syndrome de Down (SD), selon la province/le territoire

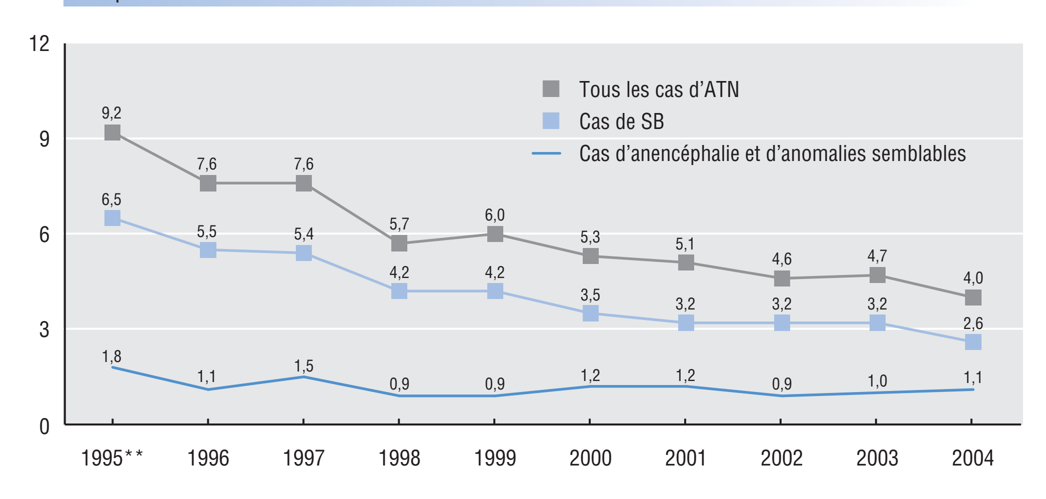
Canada, 2001 à 2004 combinées



Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 2001–2004.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

FIGURE 28.3 Taux d'anomalies du tube neural (ATN), de spina bifida (SB), et d'anencéphalie et d'anomalies semblables*

*Canada**, 1995–2004*



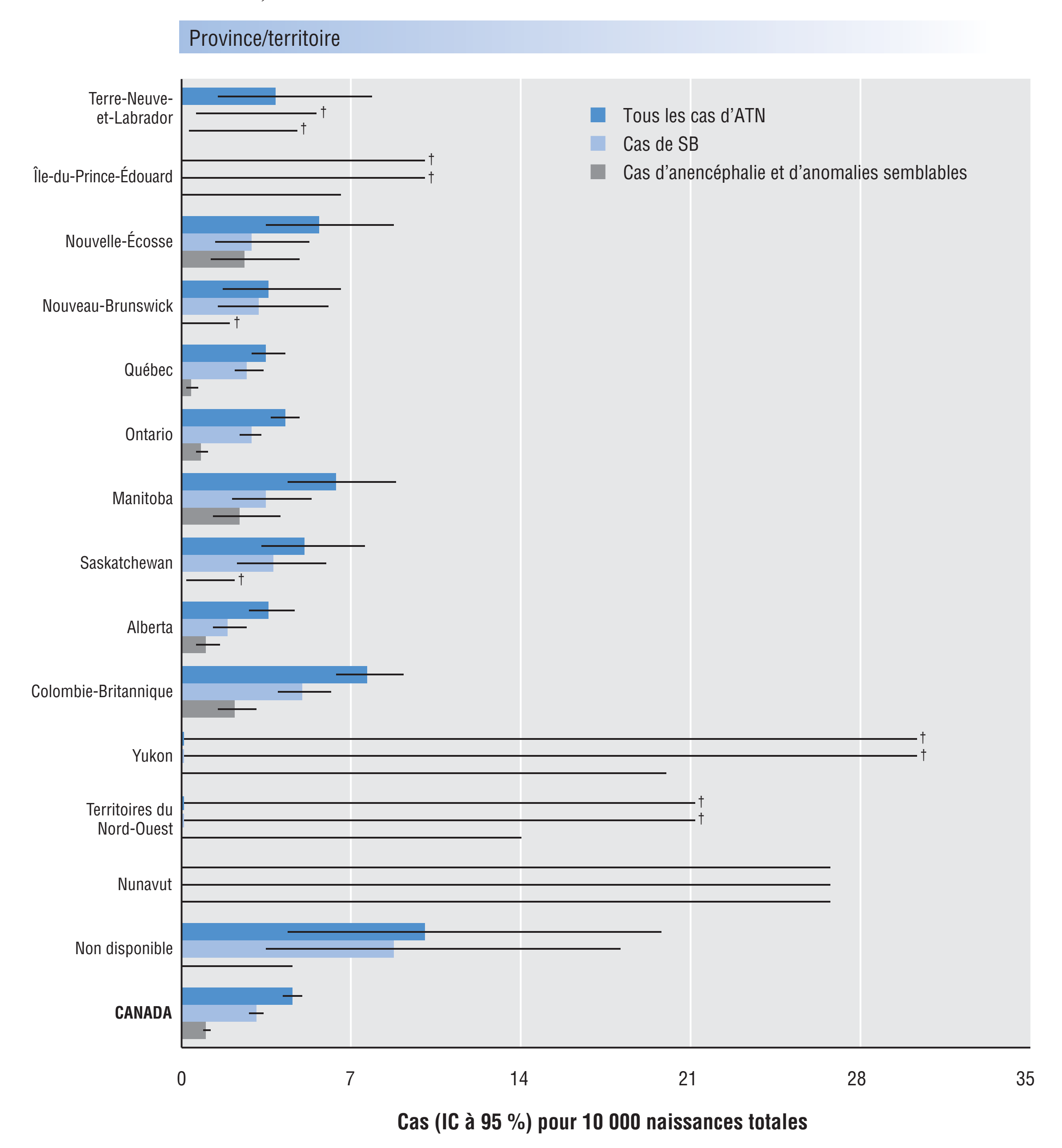
Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.

* Les anomalies semblables comprennent la craniorachischise, l'iniencéphalie, l'encéphalocèle et la microcéphalie.

** Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

FIGURE 28.4 Taux d'anomalies du tube neural (ATN), de spina bifida (SB), et d'anencéphalie et d'anomalies semblables*, selon la province/le territoire

Canada, 2001–2004 combinées



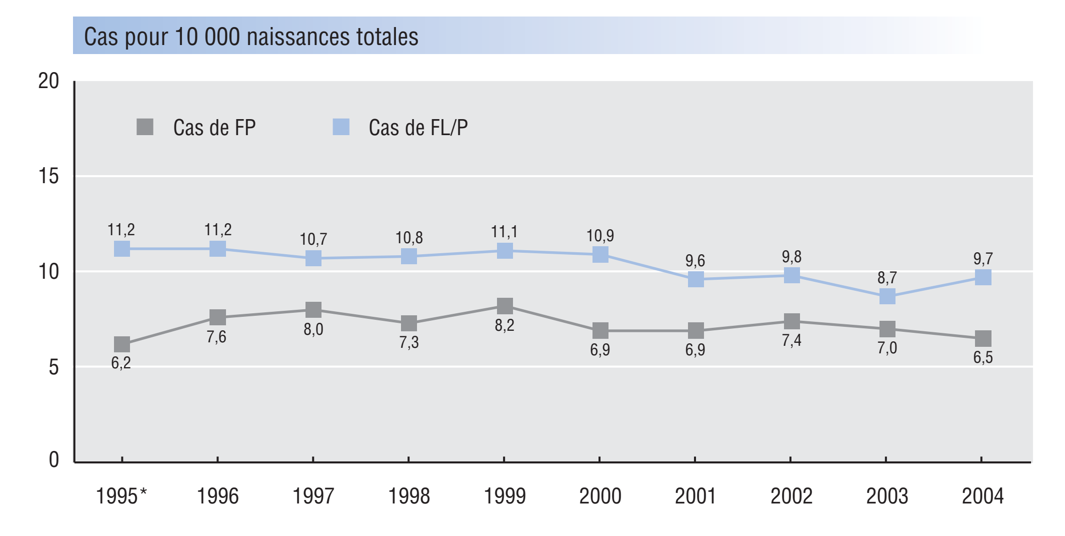
Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 2001–2004.

* Les anomalies semblables comprennent la craniorachischisise, l'iniencéphalée, l'encéphalocèle et la microcéphalie.

† Taux supprimé à cause des petits nombres.

IC—intervalle de confiance

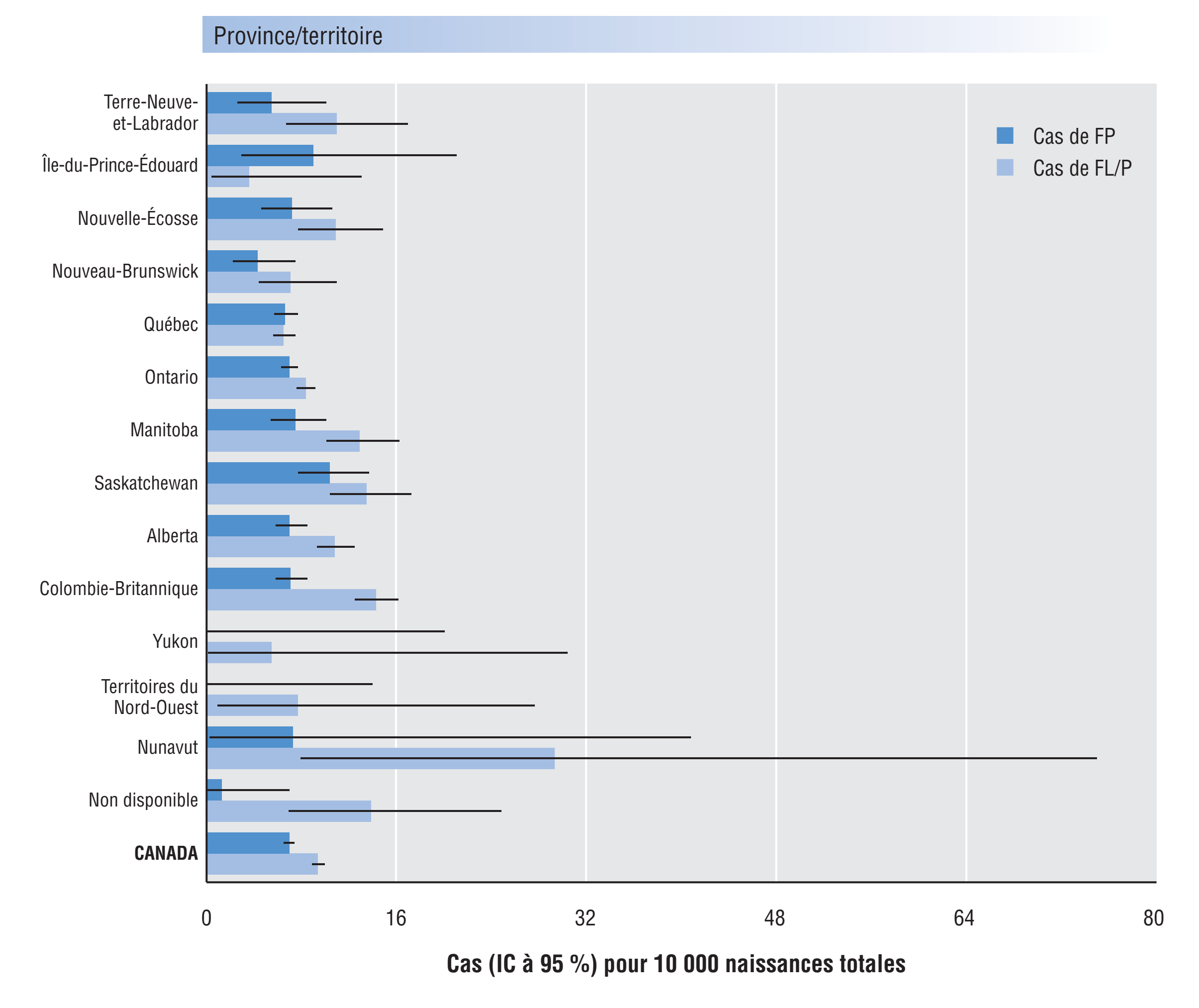
FIGURE 28.5 **Taux de fente palatine (FP) et de fente labiale avec ou sans fente palatine (FL/P)**
Canada, 1995–2004*



Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.
* Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

FIGURE 28.6 Taux de fente palatine (FP) et de fente labiale avec ou sans fente palatine (FL/P), selon la province/le territoire

Canada, 2001–2004 combinées



Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 2001–2004.
IC—intervalle de confiance

Limites des données

La détermination incomplète des cas et le manque d'uniformité dans les méthodes de codage attribuables à l'absence de définition de cas et de critères d'inclusion et d'exclusion normalisés constituent des limites importantes des systèmes représentatifs de surveillance des AC.

Le manque de données sur les interruptions de grossesses avant 20 semaines constitue une autre limite importante. Les données du SCSAC saisissent les mortinaissances naturelles et les interruptions de grossesse à 20 semaines de gestation ou plus, mais on n'identifie pas les arrêts plus précoces ou spontanés, même si le fœtus avait une AC. Il en découle des sous-estimations de l'incidence des AC, comme l'ATN et le SD, ce qui limite aussi l'interprétation des tendances temporelles et géographiques et l'effet du diagnostic prénatal et de l'arrêt des grossesses en cause. Les comparaisons des taux d'ATN dans l'étude des sept provinces au cours de la période d'enrichissement complet (1er avril 2000–31 décembre 2002) à ceux qu'a déterminés le SCSAC (voir ci-dessus pour les chiffres de 2001 à 2004) indiquent clairement que les données du SCSAC sont incomplètes[8].

Les différences entre les administrations au niveau de la prévalence à la naissance des AC déclarées peuvent être attribuables à des variations de la détermination des cas et du codage, de la disponibilité des services de dépistage et de diagnostic prénataux, de l'accès à ceux-ci et de leur utilisation, ainsi que des taux d'interruption des grossesses en cause. Le faible nombre de cas et les intervalles de confiance importants qui en découlent et qu'on a observés dans des administrations où les taux de natalité sont plus bas (p. ex., Nunavut, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Île-du-Prince-Édouard) justifient qu'on en tienne compte dans l'interprétation de ces estimations.

Références

1. Moore KL, Persaud TV. *Before We Are Born: Essentials of Embryology and Birth Defects,* 5e édition. Philadelphia : W.B. Saunders; 1998.

2. Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Campana H, Rittler M. Epidemiological methods to assess the correlation between industrial contaminants and rates of congenital anomalies. *Mutat Res*. 2001;489(2):123–5.

3. Dolk H, Vrijheid M. The impact of environmental pollution on congenital anomalies. *Br Med Bull.* 2003;68(1):25–45.

4. Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada. *JAMA.* 2002;287(12):1561–7.

5. Agence de la santé publique du Canada. *Système canadien de surveillance des anomalies congénitales*. Ottawa : ASPC; 2002–2004.

6. Agence de la santé publique du Canada. *Évaluation de la fortification d'acide folique et des produits alimentaires pour la prévention primaire des anomalies du tube neural, 1997–2003*. Ottawa : ASPC; 2004.

7. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001;3. Art. No.: CD001056. DOI: 10.1002/14651858. CD001056.

8. De Wals P, Tairou F, Van Allen MI, Uh SH, Lowry RB, Sibbald B, et coll. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. *N Engl J Med.* 2007;357(2):135–42.

9. Little J. Overview of epidemiology and aetiology of orofacial clefts. *Current Topics* [Internet] hiver 2005. [cité le 12 décembre 2007]. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ccasn-rcsac/current_f.html

10. Lowry RB. Sex linked cleft palate in a British Columbia Indian family. *Pediatrics.* 1970;46(1):123–8.

29. Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé suivant la naissance

Shiliang Liu, Reg Sauve et Michael Graven

Le taux de réadmission de nouveau-nés après le congé suivant la naissance s'entend du nombre de nouveau-nés réadmis dans les 28 jours suivant leur naissance par rapport au nombre total de nouveau-nés qui obtiennent leur congé de l'hôpital après la naissance (à un endroit et à un moment donnés).

Les taux de réadmission de nouveau-nés ont servi à évaluer la qualité des soins de santé périnataux. Plusieurs rapports ont établi un lien entre la réadmission des nouveau-nés et la brève durée du séjour à l'hôpital après la naissance (p. ex., séjour initial de <48 heures)[1–3]. Il y a des liens solides entre le revenu des parents et la géographie, d'une part, et la réadmission des nouveau-nés, de l'autre[4]. Le taux de réadmission des nouveau-nés peut en outre être le reflet de l'approche de l'hôpital, des praticiens et de la collectivité par rapport à la surveillance et au traitement de l'ictère du nouveau-né, et des anomalies congénitales (AC) sévères et au recours à l'allaitement et au soutien de celui-ci[3,5–7].

On a calculé les taux de réadmission des nouveau-nés à partir des données nationales sur l'hospitalisation.

Résultats

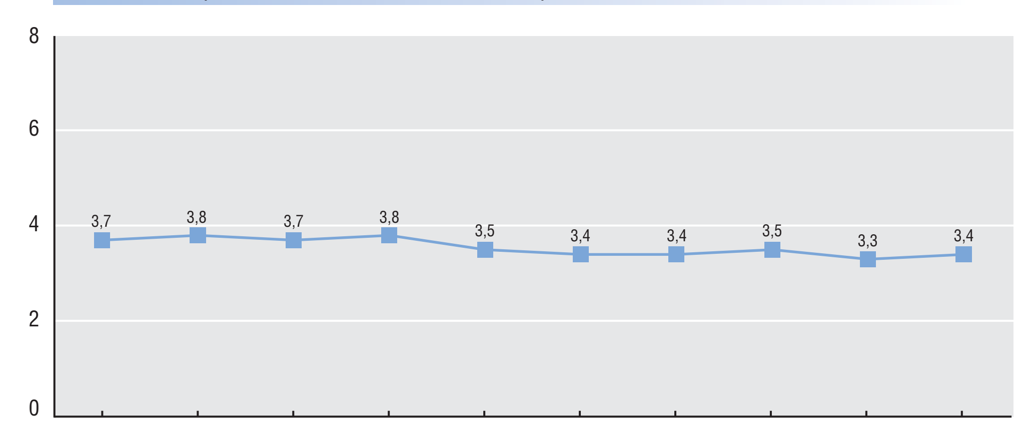
- Entre 1995–1996 et 2004–2005, le taux de réadmission des nouveau-nés au Canada (exception faite du Québec et du Manitoba) a reculé de 3,7 à 3,4 réadmissions pour 100 naissances vivantes à l'hôpital. Les taux ont diminué à compter de 1999–2000 pour se stabiliser par la suite (figure 29.1). L'allongement du séjour à l'hôpital des nouveau-nés de faible poids à la naissance et des améliorations dans l'application des lignes directrices sur le congé après la naissance expliquent probablement la diminution récente des taux de réadmission des nouveau-nés[5,6].

- Au cours de la période des années 2002–2003 à 2004–2005 combinées, les taux de réadmission des nouveau-nés ont varié considérablement entre les provinces et les territoires du Canada (figure 29.2). Le taux de réadmission était le plus élevé au Nunavut, avec 5,5 (IC à 95 % : 4,2–6,9) pour 100 naissances vivantes à l'hôpital. Ce sont la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador qui ont affiché les taux les plus bas à 2,1 (IC à 95 % : 1,9–2,3 et 1,9–2,4 respectivement) pour 100 naissances vivantes survenues à l'hôpital.

- La cause la plus courante de réadmission d'un nouveau-né a été l'ictère du nouveau-né, suivi de problèmes respiratoires, d'un nouveau-né en bonne santé accompagnant une personne malade (frère ou sœur), de problèmes d'alimentation, d'anomalies congénitales, de la septicémie du nouveau-né, de la déshydratation, des infections urinaires et de la prise insuffisante de poids (figure 29.3). Ces principales causes de réadmission des nouveau-nés ont changé considérablement avec le temps. Par exemple, l'ictère du nouveau-né a causé 39,1 % des réadmissions en 1995–1996 comparativement à 46,9 % en 2004–2005. Le taux de réadmission des nouveau-nés pour un ictère est passé de 14,3 admissions pour 1 000 naissances vivantes à l'hôpital en 1995–1996 à 16,2 en 2004–2005 (figure 29.3).

FIGURE 29.1 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé suivant la naissance

Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba), 1995–1996 à 2004–2005*



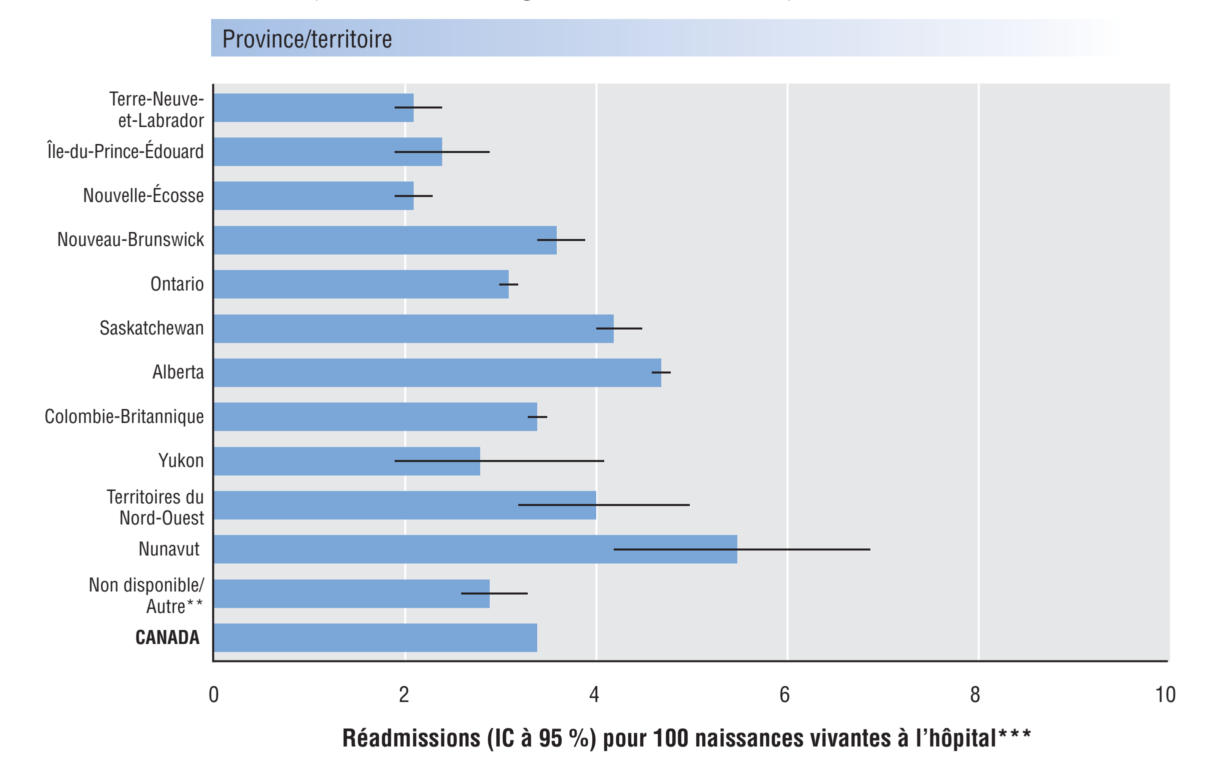
Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1995–1996 à 2004–2005.

* Les données complètes du Québec et du Manitoba n'étaient pas disponibles dans la BDCP.

** Les nouveau-nés qui pesaient <1 000 g et les nouveau-nés dont le séjour initial à l'hôpital était de >20 jours ont été exclus de cette analyse. Les cas de réadmission néonatale à l'hôpital ont été inclus jusqu'à 28 jours après la naissance. Les hospitalisations pour les nouveau-nés qui ont été transférés directement à un autre hôpital après la naissance n'ont pas été incluses dans les comptes de réadmission néonatale et les chirurgies d'un jour après le congé néonatal d'hospitalisation pour la naissance n'ont pas été considérées comme une réadmission.

FIGURE 29.2 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé suivant la naissance, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba), 2002–2003 à 2004–2005*



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP) 2002–2003 à 2004–2005.

* Les données complètes sur le Québec et le Manitoba n'étaient pas disponibles dans la BDCP; on a combiné les données des trois années à cause du faible nombre des sujets.

** « Autre » inclut les résidents du Québec et du Manitoba hospitalisés dans d'autres provinces/territoires.

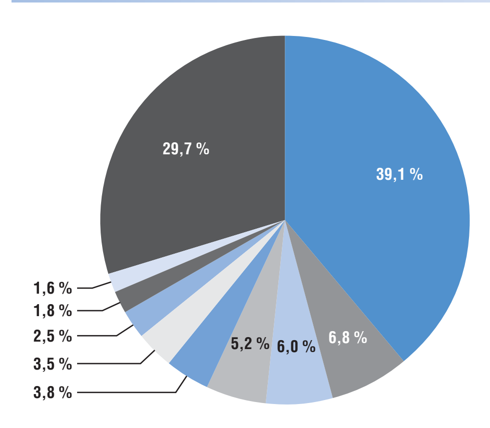
*** Les nouveau-nés qui pesaient <1 000 g et les nouveau-nés dont le séjour initial à l'hôpital était de >20 jours ont été exclus de cette analyse. Les cas de réadmission néonatale à l'hôpital ont été inclus jusqu'à 28 jours après la naissance. Les hospitalisations pour les nouveau-nés qui ont été transférés directement à un autre hôpital après la naissance n'ont pas été incluses dans les comptes de réadmission néonatale et les chirurgies d'un jour après le congé néonatal d'hospitalisation pour la naissance n'ont pas été considérées comme une réadmission.

IC—intervalle de confiance

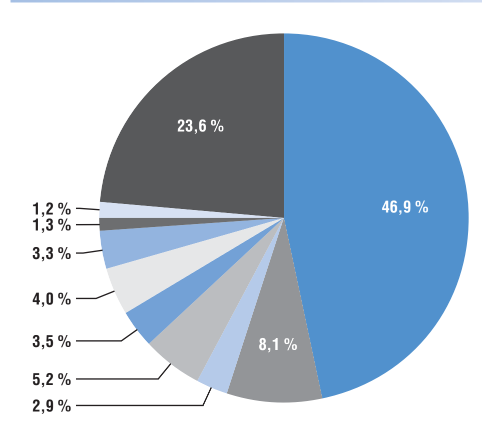
FIGURE 29.3 **Diagnostic principal posé chez les nouveau-nés réadmis**

Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba), 1995–1996 et 2004–2005*

Pourcentage de réadmissions de nouveau-nés**, 1995–1996



Pourcentage de réadmissions de nouveau-nés**, 2004–2005



Diagnostic principal



- Ictère
- Nouveau-nés en santé accompagnant une personne malade
- Anomalies congénitales
- Déshydratation
- Prise insuffisante de poids
- Problèmes respiratoires
- Problèmes d'alimentation
- Septicémie
- Infections urinaires
- Autres

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1995–1996 et 2004–2005.

* Les données complètes sur le Québec et le Manitoba n'étaient pas disponibles dans la BDCP.

** Les nouveau-nés qui pesaient <1 000 g et les nouveau-nés dont le séjour initial à l'hôpital était de >20 jours ont été exclus de cette analyse. Les cas de réadmission néonatale à l'hôpital ont été inclus jusqu'à 28 jours après la naissance. Les hospitalisations pour les nouveau-nés qui ont été transférés directement à un autre hôpital après la naissance n'ont pas été incluses dans les comptes de réadmission néonatale et les chirurgies d'un jour après le congé néonatal d'hospitalisation pour la naissance n'ont pas été considérées comme une réadmission.

IC—intervalle de confiance

Limites des données

Les numéros de carte santé ne sont pas disponibles ou sont incomplets pour plus de 10 % des dossiers d'hôpital chez les nouveau-nés contenus dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP). De plus, on a donné provisoirement à certains nouveau-nés le numéro de carte santé de leur mère lors de l'hospitalisation à la naissance. On n'a pu utiliser d'autres variables ou combinaisons de variables pour établir un lien déterministe entre l'hospitalisation à la naissance et les cas de réadmission. Par conséquent, dans ce rapport, on a identifié les cas de réadmission de nouveau-nés au moyen d'un algorithme de recherche dans le dossier interne (décrit dans les notes ci-dessus) et il se peut qu'on ait compté plus d'une fois la réadmission répétée du même nouveau-né. C'est pourquoi ce changement de méthodologie a produit un taux de réadmission plus élevé que dans l'édition précédente du *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003,* où l'on a mis en œuvre l'établissement de liens déterministes entre les dossiers sur la réadmission de nouveau-nés et les naissances vivantes.

Références

1. Braverman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics.* 1995;96(4):716–26.

2. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA.* 1997;278(4):293–8.

3. Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics.* 2006;118:63–72.

4. Martens PJ, Derksen S, Gupta S. Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: A population-based study. *Pediatrics.* 2004;114(3):708–13.

5. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de la santé publique.* 2000;91(1):46–50.

6. Paul IM, Lehman EB, Hollenbeak CS, Maisels MJ. Preventable newborn readmissions since passage of the newborns' and mothers' health protection act. *Pediatrics.* 2006;118(6):2349–58.

7. Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Comité de médecine fœto-maternelle et Comité de pratique clinique—obstétrique. La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme—Énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Paediatr Child Health.* 1996;1(2):165–8.



C

Annexes

Annexe A

Sources de données et méthodes

Jocelyn Rouleau, Joan Lindsay et Susie Dzakpasu

Sources de données

Les statistiques de l'état civil, les données sur l'hospitalisation (Base de données sur la morbidité hospitalière [BDMH], Base de données sur les congés des patients [BDCP]) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont été les principales sources de données qui ont servi à produire ce *Rapport sur la santé périnatale*. On a utilisé aussi des estimations démographiques de Statistique Canada et l'Enquête sur les avortements thérapeutiques de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

TABLEAU A1 Principales sources de données utilisées pour chaque indicateur

Indicateur	Source de données		
	Statistiques de l'état civil	Hospitalisation	ESCC
Comportements et habitudes			
1. Taux de tabagisme maternel durant la grossesse			•
2. Taux d'exposition de la mère à la fumée secondaire			•
3. Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse			•
4. Taux d'allaitement maternel			•
5. Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle			•
6. Taux de sous-scolarisation de la mère			•
7. Taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes	•		
8. Taux de naissances vivantes chez les mères plus âgées	•		
Services de santé			
9. Taux de déclenchement du travail		•	
10. Taux d'accouchement par césarienne		•	
11. Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale		•	
12. Taux de traumatisme périnéal		•	
13. Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement		•	
14. Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance		•	

Indicateur	Source de données		
	Statistiques de l'état civil	Hospitalisation	ESCC
Répercussions sur la santé maternelle			
15. Ratio de mortalité maternelle	•		
16. Taux de morbidité maternelle grave		•	
17. Ratio d'avortement provoqué	•	•	
18. Taux de grossesse ectopique		•	
19. Taux de réadmission des mères après le congé suivant l'accouchement		•	
Répercussions sur la santé fœtale et infantile			
20. Taux de prématurité	•		
21. Taux de postmaturité	•		
22. Taux d'hypotrophie néonatale	•		
23. Taux d'hypertrophie néonatale	•		
24. Taux de mortalité fœtale	•		
25. Taux de mortalité infantile	•		
26. Taux de morbidité néonatale grave		•	
27. Taux d'accouchement multiple	•		
28. Prévalence des anomalies congénitales	•	•	
29. Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé suivant l'accouchement		•	

Statistiques de l'état civil

Les lois sur les statistiques de l'état civil des provinces et des territoires ou les lois équivalentes rendent obligatoire l'enregistrement des naissances et des décès. Même si elles varient légèrement d'une province ou d'un territoire à l'autre, elles suivent un modèle établi pour faire en sorte que les mesures législatives et les rapports soient cohérents. Chaque année, les provinces et les territoires envoient leurs données sur les naissances vivantes, les mortinaissances et les décès à Statistique Canada, qui les regroupe dans des bases de données nationales sur les naissances vivantes, les mortinaissances et les décès. Ces bases de données forment le Système canadien de la statistique de l'état civil[1–4].

Le Système canadien de la statistique de l'état civil englobe l'ensemble des naissances et des décès survenus au Canada. Il comprend aussi des naissances et des décès de résidents canadiens survenus aux États-Unis, car ils sont déclarés en vertu d'une entente de réciprocité. Il ne tient toutefois pas compte des naissances et des décès de résidents canadiens survenus ailleurs qu'au Canada et aux États-Unis[1]. Pour produire et maintenir ces bases de données du Système canadien de la statistique de l'état civil, il faut intégrer des enregistrements tardifs et des modifications, et éliminer des enregistrements en double.

Dans le contexte de l'initiative du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP), Statistique Canada a confié à contrat à la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie le mandat de concevoir un mécanisme permettant de coupler les données sur les naissances vivantes et les décès de nourrissons à compter de 1985[5]. Le fichier couplé sur les naissances et les décès de nourrissons, qui a reçu la permission des provinces et des territoires, constitue une source de données importante pour les analyses du SCSP. Les codes d'identification personnelle ont été supprimés de ce fichier.

Comme l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a reçu des mises à jour des fichiers de données et des estimations de la population, les statistiques sur les naissances et les décès figurant dans ce rapport peuvent différer légèrement de celles que Statistique Canada a déjà publiées.

Qualité des données

Les données sur les naissances et les décès inscrites dans le Système canadien de la statistique de l'état civil sont presque complètes. Le grand nombre d'enregistrements permet d'effectuer des analyses dans certaines sous-populations. Autre point fort : les lois sur la collecte des statistiques de l'état civil sont semblables dans l'ensemble des provinces et des territoires, tout comme les formulaires d'entrée de données, la plupart des définitions et les méthodes de collecte. Il est également possible de consulter des données au niveau individuel et de les relier à d'autres sources de données. Enfin, les causes de décès sont codées selon un système de classification international, soit la Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9), pour ce qui est des décès et des mortinaissances survenus entre 1979 et 1999, et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), pour ceux qui se sont produits à compter de 2000[6,7].

Les statistiques nationales de l'état civil ont aussi leurs limites. La province de Québec utilise une définition de la mortinaissance différente de celle des autres provinces et territoires. Même dans les administrations qui ont les mêmes définitions de naissance vivante et de mortinaissance, l'interprétation et l'application variables de ces définitions sont à l'origine d'approches d'enregistrement des naissances à la limite de viabilité non uniformes. Au Québec, il faut enregistrer une mortinaissance seulement si le fœtus pèse 500 grammes ou plus à la naissance. Dans les autres provinces et territoires, les critères d'enregistrement sont les suivants : gestation de 20 semaines révolues ou plus au moment de l'extraction ou de l'expulsion, ou poids à la naissance de 500 grammes ou plus. Avec la collaboration d'autres entités, le SCSP prépare des documents d'information qui visent à promouvoir l'uniformité nationale dans l'enregistrement des naissances vivantes et des mortinaissances.

Les données nationales tirées des statistiques de l'état civil présentent une autre limite : elles ne sont pas disponibles aussi rapidement qu'il le faut. Lorsqu'on a produit ce rapport, 2004 était la dernière année pour laquelle Statistique Canada a fourni à l'ASPC des données sur les naissances et les décès. L'an 2000 est la dernière année pour laquelle des données dépersonnalisées au niveau individuel ont été mises à la disposition de l'ASPC. Il se peut en outre que l'information sur la cause du décès contenue dans la base de données nationale n'inclut pas toujours le résultat des enquêtes du coroner et du médecin légiste.

Les limites les plus importantes des statistiques nationales de l'état civil ont trait à la qualité et à l'exhaustivité des données provenant de l'Ontario. Des études ont relevé des erreurs systématiques ans les données sur le poids à la naissance et l'âge gestationnel en Ontario au début et au milieu des années 1990[8,9]. Même si l'on a corrigé ces erreurs et si les données récentes sur le poids à la naissance et l'âge gestationnel ne semblent plus comporter les problèmes antérieurs, d'autres écueils persistent[10]. L'imposition de frais d'enregistrement des naissances par certaines municipalités (y compris Toronto) au milieu de 1996 et en 1997 semble avoir eu une incidence négative sur l'enregistrement. Le projet du SCSP de coupler les données d'enregistrement des naissances vivantes et des décès de nourrissons a connu du succès dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, sauf en Ontario. Le couplage des données sur les naissances vivantes et les décès de nourrissons en Ontario a toujours produit un pourcentage important de décès de nourrissons non couplés, c'est-à-dire de décès pour lesquels on n'a pu retrouver d'enregistrement de naissance. Dans le cas de la cohorte de naissance de 2003, on n'a pu relier environ 42,3 % des morts de nourrissons survenues en Ontario à un enregistrement correspondant d'une naissance, comparativement à 1,1 % dans le reste du Canada. L'information sur les naissances multiples, le poids à la naissance, l'âge gestationnel et tous les autres éléments de données que l'on trouve seulement sur le certificat de naissance n'est donc pas disponible dans le cas des décès non reliés. À cause de ces problèmes de qualité des données, on n'a pas inclus les données de l'Ontario dans le calcul de la plupart des indicateurs nationaux fondés sur les statistiques de l'état civil. Les données de l'Ontario ont été analysées séparément et figurent à l'*annexe H*.

Il convient de signaler que l'Ontario a pris des mesures pour s'attaquer aux problèmes que posent les statistiques de l'état civil. En septembre 2006, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il supprimait l'obligation pour les parents de payer pour enregistrer une naissance. En juillet 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a présenté un changement de politique pour les cas où un nourrisson naît et meurt par la suite à l'hôpital. Dans ces cas, on demande maintenant aux hôpitaux de soumettre au nom des parents la déclaration de naissance vivante et les frais connexes. En septembre 2007, le Bureau du registraire général de l'Ontario a lancé l'Initiative sur l'enregistrement intégré des naissances dans la province, dans le cadre de laquelle les parents qui déclarent une naissance électroniquement n'auront pas à payer de frais.

Utilisation des données tirées des statistiques de l'état civil dans le présent rapport

À la demande de la Section de la santé maternelle et infantile, Statistique Canada a fourni des tableaux des statistiques de l'état civil pour les années 2000 à 2004. Au cours des années antérieures, on a utilisé les fichiers de données individuelles dépersonnalisées qu'on avait fournis à l'ASPC. Les fichiers couplés des naissances et des décès infantiles (sans renseignements signalétiques) créés à la demande du SCSP et fournis à la Section de la santé maternelle et infantile ont servi de base au calcul des indicateurs fondés sur des données relatives à la mortalité des cohortes de naissance.

Enquête sur les avortements thérapeutiques

On a tiré des statistiques sur l'avortement provoqué de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques qui recueille de l'information sur les avortements pratiqués dans les hôpitaux et les cliniques du Canada, ainsi que sur les avortements pratiqués sur des résidentes canadiennes dans certains États américains, en particulier ceux qui sont situés le long de la frontière, avant 2004. Statistique Canada a transféré à l'ICIS en 1994–1999 la responsabilité de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques.

Plusieurs sources de données et formats servent à la création de la base de données de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques. L'ICIS obtient des données des ministères de la Santé, des hôpitaux et des cliniques des provinces et des territoires. On a aussi obtenu de certains États frontaliers américains des renseignements sur des résidentes canadiennes qui ont subi un avortement aux États-Unis avant 2004. Selon la source, le format peut varier d'une seule feuille de papier portant des totaux agrégés à des dossiers électroniques détaillés soumis par l'entremise de la BDCP de l'ICIS.

Qualité des données

Les limites de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques—qui comprennent les renseignements manquants ou agrégés sur l'âge de la mère, en particulier dans le cas des avortements pratiqués en clinique—sont bien documentées[11]. C'est pourquoi on a imputé au besoin de l'information sur le groupe d'âge. Dans certains cas, l'information sur la résidence de la femme en cause n'était pas disponible non plus et l'on a effectué des imputations dans ces cas aussi. L'enquête n'inclut pas de renseignements sur le motif d'interruption de la grossesse, information importante pour la surveillance complète des avortements et des anomalies congénitales.

Données sur l'hospitalisation

On a utilisé deux sources de données sur l'hospitalisation : la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), toutes deux de l'ICIS. Toutes les données sur l'hospitalisation sont basées sur l'exercice financier (du 1er avril au 31 mars). Contrairement aux deux rapports précédents qui présentaient des statistiques tirées de la BDCP, la plupart des données sur l'hospitalisation utilisées dans le présent rapport proviennent de la BDMH.

Base de données sur les congés des patients

L'ICIS gère la BDCP, qui recueille des données sur les départs—transferts, congés ou décès—de la majorité des hôpitaux de soins de courte durée au Canada. La BDCP est une base de données électronique qui fournit des renseignements sur les soins de courte durée, les soins chroniques et les soins de réadaptation, de même que sur les chirurgies d'un jour offerts aux patients hospitalisés, ce qui représente environ 80 % de tous les congés de patients hospitalisés au Canada. L'information provient directement des hôpitaux participants[12]. La BDCP contient beaucoup de données sur chaque hospitalisation, y compris des renseignements démographiques et sur la résidence, sur la durée de séjour, le diagnostic principal, les diagnostics secondaires et concomitants et les interventions pratiquées au cours de l'hospitalisation. Dans la BDCP, les diagnostics étaient codés, jusqu'en 2000–2001, selon la Classification statistique internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9) et les interventions selon la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC)[13]. À compter de 2001–2002, la plupart des administrations ont commencé à adopter graduellement la dixième révision de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes pour les diagnostics (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) pour les interventions[14] (tableau A2). La CIM-10-CA est une version améliorée de la CIM-10 produite par l'ICIS pour classer les maladies au Canada. Au cours des années pendant lesquelles on utilisait les codes de la CIM-9 et de la CIM-10, on a établi une correspondance entre les deux.

TABLEAU A2 Année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI dans les provinces/territoires soumettant des données à la BDCP ou à la BDMH

Province/territoire	Année			
	2001–2002	2002–2003	2003–2004	2004–2005
Terre-Neuve-et-Labrador	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Île-du-Prince-Édouard	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nouvelle-Écosse	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nouveau-Brunswick	CMI-9-CM	CMI-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Québec	CMI-9/CCP	CMI-9/CCP	CMI-9/CCP	CMI-9/CCP
Ontario	CMI-9/CCP et CIM-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Manitoba	CMI-9-CM	CMI-9-CM	CMI-9-CM	CIM-10-CA/CCI
Saskatchewan	CIM-10-CA/ CCI (partielle)	CMI-10-CA/ CCI (complète)	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Alberta	CMI-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Colombie-Britannique	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Yukon	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Territoires du Nord-Ouest	CMI-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nunavut	CMI-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI

Source : Sommaire : Qualité des données de 2004–2005 de la Base de données sur la morbidité hospitalière [consulté le 27 août 2007].
Disponible à : http://secure.icis.ca/cihiweb/fr/downloads/bdmh_2003-2004_DQ%

Qualité des données

La Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie a analysé et évalué la BDCP pour déterminer si elle pouvait répondre aux besoins d'un système national de surveillance périnatale[15,16]. Après examen de la qualité des données sur les femmes qui accouchent et leurs nouveau-nés consignées dans la BDCP entre le 1er avril 1984 et le 31 mars 1995, la division a constaté que les valeurs illogiques et aberrantes étaient peu nombreuses, que le taux estimatif de maladies maternelles et infantiles calculé à partir des données concordait avec les taux cités dans la littérature et que les complications médicales ou obstétricales majeures signalées dans la BDCP constituaient de bons prédicteurs d'issues défavorables de la grossesse[15].

En 2001, l'ICIS a mené une étude de seconde saisie des données dans le but d'évaluer la validité des données de 1999–2000 sur les congés de l'hôpital. L'étude consistait notamment à comparer les données des dossiers médicaux et les renseignements codés dans la BDCP pour un échantillon d'hôpitaux. Le SCSP a collaboré avec l'ICIS afin d'élargir cette étude pour inclure des diagnostics qui concernent spécifiquement les mères et les nouveau-nés. Les résultats ont montré que les interventions et les diagnostics simples consignés dans les données courantes sur les congés de l'hôpital peuvent servir à la surveillance de la santé périnatale et à la recherche connexe, mais qu'il faut améliorer la qualité des données dans le cas des diagnostics complexes.[17] Les données sont probablement moins exactes aussi dans le cas des codes autres que celui du diagnostic primaire ou principal.

Base de données sur la morbidité hospitalière

La BDMH est une base de données nationale qui contient des données administratives, cliniques et démographiques sur les patients hospitalisés[18]. La BDMH contient un sous-ensemble de données de la BDCP dans le cas des provinces et des territoires qui soumettent des statistiques sur les congés à la BDCP. Le principal avantage que la BDMH offre par rapport à la BDCP, c'est qu'elle joint des données d'administrations ne participant pas à la BDCP pour être complète sur le plan national. La BDMH inclut, par exemple, les données provenant de la base de données sur les congés des patients du Québec—le Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO). La transition vers les codes de la CIM-10 et de la CCI a été la même dans le cas de la BDMH que dans celui de la BDCP (voir le tableau A2).

Comparaison de la disponibilité à l'échelon national de certaines variables dans la BDCP et la BDMH

Variables	BDCP	BDMH
	(exclut le Québec; incomplète dans le cas du Manitoba)	(inclut l'ensemble des provinces/territoires)
Numéro de carte santé de la mère brouillé	Oui	Incomplet, 2000–2001 à 2002–2003 pour le Manitoba
Numéro de carte santé du nourrisson brouillé	Oui	Non disponible pour le Québec; incomplet en 2000–2001 à 2002–2003 pour le Manitoba
Variable commune pour la mère et le nourrisson	Oui	Non
Mortinaissances	Oui	Non
Poids à la naissance	Oui	Non
Parité	Non	Non
Âge gestationnel	Non	Non
Transfert en direction ou en provenance d'autres établissements	Oui	Non
Chirurgie de jour	Oui	Non
Visite aux soins intensifs (SI)	Oui	Non

Utilisation des données sur l'hospitalisation dans le présent Rapport

À cause du caractère détaillé de la couverture et pour des raisons d'uniformité entre administrations dans la production de rapports, on a choisi la **BDMH plutôt que la BDCP** pour déclarer la plupart des indicateurs reliés à l'hospitalisation dans cette édition du *Rapport sur la santé périnatale*. Il s'agit d'un changement par rapport aux éditions précédentes. Il y a une exception, soit le taux de réadmission néonatale. Le numéro de carte santé brouillé et l'identification des transferts entre établissements constituent d'importantes variables du calcul de ce taux et c'est pourquoi on a utilisé la BDCP pour cet indicateur. On n'a pas utilisé les données de la BDMH dans les rapports précédents parce qu'à l'époque, elle était moins à jour que la BDCP.

Il y a un autre changement par rapport aux éditions précédentes : on présente les indicateurs basés sur l'hospitalisation de la province ou le territoire qui émet le numéro de carte santé (jugés comme étant la province ou le territoire de résidence) plutôt que pour la province ou le territoire d'hospitalisation. Dans les éditions précédentes du *Rapport sur la santé périnatale*, dans le cas des indicateurs basés sur la BDCP, la province ou le territoire s'entendait de la province ou du territoire d'hospitalisation (l'hôpital déclarant) parce que l'information sur la province ou le territoire qui avait émis le numéro de carte santé (habituellement la province ou le territoire de résidence) n'était pas disponible ou complète pour les années en question. Dans le cas du présent Rapport, la province ou le territoire émettant le numéro de carte santé était disponible à compter de l'exercice 2001–2002 et c'est pourquoi on a utilisé ces données pour faire état de comparaisons interprovinciales/territoriales. Il a toutefois fallu ajouter une nouvelle catégorie, « Non disponible », parce que 1,2 % des enregistrements maternels et 0,6 % des enregistrements néonataux n'indiquaient pas la province ou le territoire de résidence. L'*annexe A.1* contient des exemples d'indicateurs déclarés en fonction de la province ou au territoire d'hospitalisation comparativement à la province ou au territoire qui a émis le numéro de carte santé.

Système canadien de surveillance des anomalies congénitales

Les données du Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC) proviennent en grande partie de la BDCP. Celles du Québec proviennent de la base de données sur les hospitalisations de la province, MED-ÉCHO, et l'Alberta utilise son propre système de déclaration—le Système de surveillance des anomalies congénitales de l'Alberta (ACASS). Les statistiques de l'état civil, les déclarations des hôpitaux et les communications spéciales avec les cliniques de génétique, les cliniques pédiatriques spécialisées et les laboratoires sont les principales sources de données pour l'ACASS. Les données du Québec et de l'Alberta sont envoyées à la Section de la santé maternelle et infantile et fusionnées à celles de la BDCP pour constituer la base de données du SCSAC. Depuis 2001, comme les dates de naissance ne sont plus disponibles dans la BDCP, la détermination des anomalies congénitales chez un nourrisson est limitée aux 30 jours suivant la naissance. Si l'on disposait de l'information sur la date de naissance, on pourrait relier la réadmission du même nourrisson pendant une période de suivi d'un an, ce qui est préfèrable.

Qualité des données

Le SCSAC est actuellement la seule base de données sur la surveillance des anomalies congénitales au niveau populationnel qui est en mesure d'estimer la prévalence à la naissance de certaines anomalies congénitales au Canada. Il présente à la fois des tendances temporelles à l'échelle nationale et des comparaisons entre les provinces et les territoires et entre les pays.

L'une des principales limites du SCSAC tient à son incapacité de mesurer l'impact du diagnostic prénatal sur la prévalence à la naissance de certaines anomalies congénitales. Le SCSAC ne fait pas état des grossesses touchées par une anomalie qui ont été interrompues avant de répondre aux critères d'une mortinaissance établis par la province ou le territoire, ce qui restreint directement l'évaluation des stratégies de prévention primaire et secondaire. D'autres points forts et points faibles du SCSAC sont décrits ailleurs[19].

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête transversale continue, gérée par Statistique Canada, qui vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne. Le cycle de collecte des données de l'ESCC s'étend sur deux ans.

L'échantillon de l'ESCC regroupe des personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent un logement privé dans les dix provinces et les trois territoires. Dans ce Rapport, nous avons utilisé les données provenant des cycles de 2000–2001, 2003 et 2005 telles que mentionnées par les femmes âgées de 15 à 55 ans qui avaient accouché au cours des cinq années précédant l'enquête.

Les analyses pour lesquelles on a utilisé l'ESCC reposaient sur des microdonnées provenant du Système d'analyse des données et de l'information (SADI) de Santé Canada, tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles de 2000–2001, 2003 et 2005*, préparées par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada.

Qualité des données

Comme le démontre le tableau qui suit, la taille des échantillons était généralement assez importante pour permettre d'analyser les données provenant des femmes qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes, en fonction de divers comportements, selon les groupes d'âge établis par tranches de cinq ans, ou la province ou le territoire (voir l'*annexe B : Guide d'interprétation de l'information statistique contenue dans le Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*).

TABLEAU A3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—taux de réponse (%), taille des échantillons et nombre de femmes qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes représentées dans la population canadienne, 2000–2001, 2003 et 2005

Taux de réponse et information sur l'échantillon	2000–2001*	2003**	2005***
Taux de réponse au niveau des ménages	91,4	87,1	84,9
Taux de réponse au niveau individuel	91,9	92,6	92,9
Taux de réponse combiné	84,7	80,7	78,9
Nombre de femmes qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes : taille de l'échantillon	7 629	7 399	7 179
Nombre de femmes de l'échantillon représentées dans la population canadienne	1 527 890	1 419 220	1 459 227

Sources :
* Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000–2001). *Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion.* Ottawa : Statistique Canada, 2003.
** Statistique Canada. ESCC, cycle 2.1 (2003). *Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion.* Ottawa : Statistique Canada, 2005.
*** Statistique Canada. ESCC, cycle 3.1 (2005). *Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD)—Guide d'utilisation.* Ottawa : Statistique Canada, 2006.

Les limites des données comprennent le fait que les mères ont déclaré des comportements remontant jusqu'à il y a cinq ans avant l'enquête, ce qui peut avoir eu un impact sur la fidélité de leur mémoire. De plus, le fait de savoir que fumer et boire durant la grossesse risque d'avoir des effets défavorables sur l'issue de la grossesse peut avoir incité les femmes à sous-déclarer leurs habitudes de tabagisme et de consommation d'alcool durant la grossesse.

Utilisation de l'ESCC plutôt que de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes dans le présent Rapport

Dans les éditions précédentes du *Rapport sur la santé périnatale* du SCSP, on a utilisé des données tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) pour déclarer les taux de tabagisme et de consommation d'alcool durant la grossesse, le taux d'allaitement maternel et le niveau de scolarisation de la mère. À cause de la petite taille des échantillons, il a toutefois fallu regrouper des groupes d'âge et des provinces et il n'y avait pas de données pour les territoires. C'est pourquoi on a décidé d'utiliser dans le présent rapport des données tirées de l'ESCC pour les indicateurs pertinents puisque la taille des échantillons y était plus importante et qu'elle incluait les territoires. L'ESCC contient aussi des données sur l'exposition à la fumée secondaire durant la grossesse et sur la prise de suppléments d'acide folique pendant les trois cycles de l'enquête. Les cycles de 2003 et 2005 offrent de l'information permettant d'estimer l'allaitement maternel exclusif. On a donc ajouté de nouveaux indicateurs portant sur la fumée secondaire et la prise de suppléments d'acide folique, ainsi que de l'information sur l'allaitement maternel exclusif qui s'est ajoutée à l'indicateur sur l'allaitement maternel.

Méthodes

Les méthodes statistiques utilisées étaient avant tout descriptives et sont composées de fréquences, de taux, de ratios et de moyennes. Les résultats basés sur des événements rares ou sur un échantillon peu nombreux sont signalés. Il faut alors les interpréter avec prudence. Les dossiers dans lesquels il manquait des informations importantes ont été exclus des analyses. Les statistiques suivantes sont présentées pour la plupart des indicateurs :

1. Tendances temporelles à l'échelon national : Les tendances temporelles remontent à 1981, selon la source des données et l'indicateur. Afin de couvrir une période de dix ans, les tendances commencent en 1995 pour la plupart des indicateurs basés sur les statistiques de l'état civil. Dans le cas des indicateurs basés sur les données relatives à l'hospitalisation, les tendances commençant en 1995–1996. Dans celui des indicateurs fondés sur les données de l'ESCC, les tendances commencent en 2000–2001, années auxquelles remonte le premier cycle de l'enquête. Lorsqu'il n'y avait pas de données provinciales complètes pour toutes les années couvertes par une tendance temporelle, les données de la province en cause ont été exclues de la tendance. Dans certains cas, lorsque les événements étaient rares, on a agrégé les données de plusieurs années.

2. Comparaisons entre les provinces et les territoires : Les comparaisons entre les provinces et les territoires sont présentées pour l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles. On a évalué et interprété les différences géographiques en fonction d'écarts types ou d'intervalles de confiance à 95 %.

La majorité des indicateurs sont présentés sous forme graphique. L'*annexe G* contient les tableaux de données correspondant à chaque figure. Certains résultats sont stratifiés en fonction de facteurs pertinents comme l'âge de la mère ou les catégories de poids à la naissance. Les Tableaux A4 à A6 décrivent les méthodes utilisées pour chaque indicateur. Tous les indicateurs ont été calculés pour la période et le lieu indiqués dans le chapitre.

Méthodes spécifiques aux indicateurs utilisant les données tirées des statistiques de l'état civil comme principale source de données

TABLEAU A4 Méthodes relatives à chaque indicateur utilisant les statistiques de l'état civil

Indicateur	Méthode
Taux de naissances vivantes chez les adolescentes	Taux de naissances vivantes selon l'âge (général) = Nombre de naissances vivantes chez les mères d'un groupe d'âge précis / Nombre de femmes de ce groupe d'âge x 1 000 Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes = Nombre de naissances vivantes chez les adolescentes d'un groupe d'âge précis / Nombre de naissances vivantes x 100 **Exclusions :** naissances vivantes chez des mères dont l'âge est inconnu ou qui ont 50 ans et plus **Catégories d'âge :** 10–14, 15–17, 18–19
Taux de naissances vivantes chez les mères âgées	Taux de naissances vivantes selon l'âge (général) = Nombre de naissances vivantes chez les mères d'un groupe d'âge précis / Nombre de femmes de ce groupe d'âge x 1 000 Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées = Nombre de naissances vivantes chez les mères âgées appartenant à un groupe d'âge précis / Nombre de naissances vivantes x 100 **Exclusions :** naissances vivantes chez des mères dont l'âge est inconnu ou qui ont 50 ans et plus **Catégories d'âge :** 35–39, 40–44, 45–49
Ratio de mortalité maternelle (RMM)	**Pour 1981–1999** Nombre de décès dont la cause porte les codes 630 à 676 de la CIM-9 / Nombre total de naissances vivantes x 100 000 **Pour 2000–2004** Nombre de décès dont la cause porte les codes O00–O95, O98, O99 de la CIM-10 / Nombre total de naissances vivantes x 100 000 L'OMS recommande de ne pas inclure dans le RRM, aux fins des rapports internationaux, les codes O96 et O97 de la CIM-10 dans les cas de mort maternelle tardive. Elles peuvent toutefois être utiles dans le calcul de statistiques nationales. L'adoption du codage de la CIM-10 a une incidence sur la façon de tenir compte des morts indirectes. Les troubles cérébrovasculaires étaient classés comme causes de mort directe dans la CIM-9, mais de mort indirecte dans la CIM-10. La liste des causes qui pouvait être considérées comme indirectes était précisée dans la CIM-9, mais dans la CIM-10, toutes les causes autres que la mort périnatale, le traumatisme et l'empoisonnement sont considérées comme indirectes si l'on croit que la grossesse a aggravé le problème sous-jacent[21,22]. Pour analyser les causes de décès détaillées (figure 15.2), on a reconverti les décès maternels de 2000 à 2004 au code de la CIM-9, à l'exception d'un nouveau groupe créé pour représenter les maladies de l'appareil circulatoire. Cette nouvelle catégorie reflète plus fidèlement l'effet de ces décès sur les décès maternels au Canada et les modifications de la façon de les classer dans la CIM-10. À compter de 2000, tous les cas reliés aux codes 674.0, 648.5 et 648.6 de la CIM-9 ont été convertis au code O99.4 de la CIM-10. Lorsqu'on les reconvertit à la CIM-9, ces cas se retrouvent sous le code 674.0, ce qui fait disparaître la distinction entre les codes 674.0, 648.5 et 648.6.

Indicateur	Méthode
Ratio de mortalité maternelle (RMM) (suite)	Contrairement aux autres chapitres du présent Rapport où l'on utilise les données tirées des statistiques de l'état civil, **les données sur le RMM incluent l'Ontario**. C'est parce que l'effet des problèmes de qualité des données de l'Ontario est minime dans le cas de la mortalité maternelle à cause du nombre déjà très faible des morts maternelles et du nombre important des naissances. On a agrégé les données en intervalles de trois et de six ans à cause du faible nombre de décès maternels survenus chaque année. Les publications de Statistique Canada (corrigées pour tenir compte du sous-enregistrement) présentent des statistiques de l'état civil estimatives pour Terre-Neuve-et-Labrador avant 1991 parce que les données antérieures à cette date pour cette province sont incomplètes.
Taux de prématurité	Nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines révolues x 100 Nombre de naissances vivantes **Exclusions :** naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inconnu **Catégories d'âge gestationnel :** moins de 32 semaines, 32 à 36 semaines, moins de 37 semaines
Taux de postmaturité	Nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est supérieur à 41 semaines révolues x 100 Nombre de naissances vivantes **Exclusions :** naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inconnu
Taux d'hypotrophie néonatale	Nombre de naissances d'un seul enfant vivant dont le poids à la naissance selon le sexe se situe au-dessous du 10e percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel x 100 Nombre de naissances vivantes d'un seul enfant **Exclusions :** naissances d'un seul enfant vivant dont l'âge gestationnel est inconnu, naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines, naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance est inconnu et naissances multiples
Taux d'hypertrophie néonatale	Nombre de naissances d'un seul enfant vivant dont le poids à la naissance selon le sexe se situe au-dessus du 90e percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel x 100 Nombre de naissances vivantes d'un seul enfant **Exclusions :** naissances d'un seul enfant vivant dont l'âge gestationnel est inconnu, naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines, naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance est inconnu et naissances multiples

Indicateur	Méthode
Taux de mortalité fœtale	Taux brut de mortalité fœtale (mortinatalité) = Nombre de décès fœtaux x 1 000 Nombre de décès fœtaux et de naissances vivantes **Exclusions :** On a exclu les mortinaissances et les naissances vivantes dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 grammes et l'âge gestationnel, 20 semaines. Dans le Rapport de 2003, on n'a pas exclu les mortinaissances et c'est pourquoi les taux bruts peuvent présenter de légères différences entre les deux rapports. Taux de mortalité fœtale (mortinatalité) $\geq$500 g = Nombre de décès fœtaux x 1 000 Nombre de décès fœtaux et de naissances vivantes **Exclusions :** On a exclu les mortinaissances et les naissances vivantes dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 grammes et, si l'on ne connaissait pas le poids à la naissance, dont l'âge gestationnel n'atteignait pas 22 semaines. **Causes de mortalité fœtale selon la CIM-9** *Anomalies congénitales :* 740–759.9 *Complications maternelles de la grossesse* : 761 *Complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes* : 762 *Hypoxie intrautérine et asphyxie à la naissance* : 768 *Cause non précisée* : 779.9 **Causes de mortalité fœtale selon la CIM-10** *Anomalies congénitales :* Q00–Q99 *Complications de la grossesse chez la mère* : P01 *Complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes* : P02 *Hypoxie intrautérine et asphyxie obstétricale* : P20; P21 *Cause non précisée* : P95; P96.9
Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité infantile = Nombre de décès de nourrissons de moins d'un an (365 jours) x 1 000 Nombre de naissances vivantes Taux de mortalité néonatale = Nombre de décès de nourrissons de moins de 28 jours x 1 000 Nombre de naissances vivantes Taux de mortalité postnéonatale = Nombre de décès de nourrissons de 28 jours ou plus de moins d'un an x 1 000 Nombre de nourrissons de 28 jours ou plus **Causes de mortalité infantile selon la CIM-9 et la CIM-10** Voir l'*annexe A.2*, tableau A.2.4. Aux fins des tendances et de la faisabilité, on a jumelé les codes de la CIM-10 à ceux de la CIM-9 au moyen de tables de conversion. Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, nous avons supposé que tous les décès d'enfants vivants nés à moins de 22 semaines et à moins de 500 g s'étaient produits au premier jour de vie et nous les avons classés comme tels.
Taux d'accouchement multiple	Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances à la suite d'une grossesse à gestation multiple x 100 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances

Méthodes particulières aux indicateurs utilisant les données sur l'hospitalisation comme principale source de données

La plupart des analyses utilisant des données sur l'hospitalisation ont porté sur deux ensembles de dossiers, soit les dossiers d'accouchement en obstétrique et les dossiers des nouveau-nés. Les dossiers d'accouchement en obstétrique de la BDCP ont été identifiés au moyen de l'algorithme décrit ci-dessous. L'algorithme utilisait les 16 champs de diagnostic et les 10 champs d'intervention mentionnés dans la BDCP. Sauf indication contraire, tous ces champs ont servi aussi dans l'analyse de chaque indicateur. Tous les dossiers d'accouchement en obstétrique sans code indiquant une césarienne (codes de la CCADTC 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 ou codes de la CCI 5.MD.60^^) ont été classés comme des accouchements par voie vaginale.

Algorithme utilisé pour identifier les dossiers d'obstétrique

Dossiers utilisant la CIM-9

a) Tout code de diagnostic commençant par V27 ou 650.
b) Tout code de diagnostic qui se situe entre 640 et 676.9 dont le 5e chiffre est 1 ou 2 (l'accouchement a constitué l'épisode de soin).

Dossiers utilisant la CIM-10

a) Tout code de diagnostic commençant par Z37.
b) Tout code de diagnostic qui se situe entre O10 et O99.8, dont les cinquième et sixième chiffres sont 01 ou 02 (l'accouchement a constitué l'épisode de soins).

Interruption de grossesse

CIM-9 : Les codes de diagnostic de 630 à 639.9 ont été reconnus comme interruption de grossesse.
CIM-10 : Les codes de diagnostic de O00 à O08.9 ont été reconnus comme interruption de grossesse.

Algorithme utilisé pour identifier les dossiers des nouveau-nés

La BDMH comporte un code d'âge « B » pour tous les nouveau-nés. On a utilisé cette variable pour extraire les dossiers des nouveau-nés.

TABLEAU A5 Méthodes relatives à chaque indicateur utilisant les données sur l'hospitalisation

Indicateur	Méthode
Taux de déclenchement du travail	Taux de déclenchement médical du travail = Nombre d'accouchements portant le code 85.5 de la CCADTC x 100 / Nombre d'accouchements Taux de déclenchement chirurgical du travail = Nombre d'accouchements portant le code 85.01 de la CCADTC x 100 / Nombre d'accouchements Taux de déclenchement du travail = Nombre d'accouchements portant le code 85.5 ou 85.01 de la CCADTC x 100 / Nombre d'accouchements *Déclenchement médical du travail—Codes CIM-10* : 5.AC.30.AL-I2; 5.AC.30.CA-I2; 5.AC.30.GU-I2; 5.AC.30.HA-I2; 5.AC.30.YA-I2; 5.AC.30.YB-I2; 5.AC.30.ZZ-I2 *Déclenchement chirurgical du travail—Codes CIM-10* : 5.AC.30.AP *Déclenchement du travail–Codes CIM-10* : 5.AC.30.AL-I2; 5.AC.30.CA-I2; 5.AC.30.GU-I2; 5.AC.30.HA-I2; 5.AC.30.YA-I2; 5.AC.30.YB-I2; 5.AC.30.ZZ-I2; 5.AC.30.AP

^^ Comprend tous les codes correspondants.

Indicateur	Méthode
Taux d'accouchement par césarienne	Taux d'accouchement par césarienne = Nombre d'accouchements portant les codes 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCADTC x 100 Nombre d'accouchements Taux d'accouchement par césarienne primaire = Nombre d'accouchements portant les codes 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCADTC et ne portant pas le code 654.2 de la CIM-9 (césarienne antérieure) x 100 Nombre d'accouchements, sauf ceux qui portent le code 654.2 de la CIM-9 Taux d'accouchement par césarienne répétée = Nombre d'accouchements portant les codes 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCADTC et portant le code 654.2 de la CIM-9 (césarienne antérieure) x 100 Nombre d'accouchements portant le code 654.2 de la CIM-9 *Accouchement par césarienne—Codes CCI* : 5.MD.60^^ *Accouchement par césarienne antérieure—Codes CIM-10* : O75.7; O34.2
Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale	Taux d'accouchement par forceps = Nombre d'accouchements portant les codes 84.0, 84.1, 84.2 ou 84.3 de la CCADTC x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale Taux d'accouchement par ventouse = Nombre d'accouchements portant le code de la CCADTC 84.7 x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale = Nombre d'accouchements portant le code 84.0, 84.1, 84.2, 84.3 ou 84.7 de la CCADTC x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale *Forceps–Codes CCI* : 5.MD.53.KL; 5.MD.53.KN; 5.MD.53.KJ; 5.MD.53.KK; 5.MD.53.KM; 5.MD.53.KH; 5.MD.55^^ *Extraction avec ventouse—Codes CCI* : 5.MD.54^^
Taux de traumatisme périnéal	Taux de déchirures des premier et deuxième degrés = Nombre d'accouchements portant les codes 664.0 ou 664.1 de la CIM-9 x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale Taux de déchirures du troisième degré = Nombre d'accouchements portant le code 664.2 de la CIM-9 x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale Taux de déchirures du quatrième degré = Nombre d'accouchements portant le code 664.3 de la CIM-9 x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale Taux d'épisiotomie = Nombre d'accouchements portant les codes 84.1, 84.21, 84.31, 84.71 ou 85.7 de la CCADTC x 100 Nombre d'accouchements par voie vaginale *Déchirures des premier et deuxième degrés—Codes CCI* : O70.0; O70.1 *Déchirures du troisième degré—Codes CCI* : O70.2 *Déchirures du quatrième degré—Codes CCI* : O70.3 *Épisiotomie—Codes CCI* : 5.MD.50.GH; 5.MD.53.KS; 5.MD.53.JE; 5.MD.53.KL; 5.MD.53.KN; 5.MD.53.KJ; 5.MD.54.KJ; 5.MD.54.KL; 5.MD.54.KN; 5.MD.54.NF; 5.MD.55.KN; 5.MD.55.KL; 5.MD.55.KJ; 5.MD.55.KR

^^ Comprend tous les codes correspondants.

Indicateur	Méthode
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement	$\frac{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale avec séjour de moins de 2 jours}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$ $\frac{\text{Nombre de césariennes avec séjour de moins de 4 jours}}{\text{Nombre d'accouchements par césarienne}} \times 100$ Si la durée de séjour était de plus de 20 jours, elle a été fixée à 20 jours aux fins du calcul de la durée moyenne de séjour.
Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance	$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes à terme avec séjour de moins de 2 jours}}{\text{Nombre de naissances vivantes à terme}} \times 100$ Si la durée de séjour était de plus de 20 jours, elle a été fixée à 20 jours aux fins du calcul de la durée moyenne de séjour. **Exclusions :** Les nouveau-nés à terme s'entendaient ici de nouveau-nés qui pesaient 2 500 grammes ou plus à la naissance ou dont l'âge gestationnel atteignait 37 semaines ou plus. Comme les naissances vivantes qui pèsent 2 500 grammes ou plus ont un âge gestationnel de 37 semaines révolues ou plus n'ont pas de codes CIM-9 et CIM-10 en particulier, on les dérive en excluant les codes suivants : *CIM-9 : en excluant les codes 765.1 (1 000 à 2 499 g ou âge gestationnel de 28 à 37 semaines [sic]) et 765.0 (<1 000 g ou âge gestationnel <28 semaines).* *CIM-10 : en excluant les codes P070 (<1 000 g), P071 (1 000 à 2 499 g), P072 (prématurité extrême) et P073 (durée de gestation : de 28 semaines à <37 semaines).*
Ratio d'avortement provoqué	Ratio d'avortement provoqué = $\frac{\text{Nombre d'avortements provoqués}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 100$ Taux d'avortement provoqué = $\frac{\text{Nombre de cas d'avortement provoqué}}{\text{Nombre de femmes de 15 à 44 ans}} \times 1\,000$ Taux d'avortement provoqué selon l'âge = $\frac{\text{Nombre de cas d'avortement provoqué dans un certain groupe d'âge}}{\text{Nombre de femmes dans ce groupe d'âge}} \times 1\,000$ Avant 2004, le ratio et le taux canadiens comprenaient des cas dont le lieu de résidence était inconnu et les avortements subis par des résidentes canadiennes dans certains États américains. Les ratios et les taux globaux comprennent des cas dont l'âge n'est pas précisé et des avortements subis par des jeunes filles de 14 ans ou moins et des femmes de 45 ans ou plus. Les dénominateurs des taux globaux sont toutefois fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Les chiffres peuvent inclure les avortements subis au Canada par des non-résidentes canadiennes. *Statistique Canada. Issues de la grossesse 2004.* *N[o] 82-224-XIF au catalogue.* *La publication a servi à produire l'indicateur des avortements provoqués.*

Indicateur	Méthode
Taux de grossesse ectopique	Nombre de grossesses ectopiques codes 633.0, 633.1, 633.2, 633.8 ou 633.9 de la CIM-9 x 1 000 / Nombre de grossesses ectopiques, d'avortements en service interne à l'hôpital (codes 630–639 de la CIM-9) et d'accouchements à l'hôpital **Exclusions :** Toutes les grossesses ectopiques prises en charge en contexte externe ou communautaire. Tous les avortements spontanés et tous les avortements provoqués pris en charge en contexte externe ou communautaire. *Grossesse ectopique—Codes CIM-10* : O000–O002; O008; O009 *Avortement—Codes CIM-10* : O00–O08
Taux de morbidité maternelle grave	Taux de létalité de l'embolie amniotique = Nombre d'accouchements portant le code 673.1 de la CIM-9 x 100 000 / Nombre d'accouchements Taux d'hémorragie du postpartum = Nombre d'accouchements portant les codes 666.0, 666.1, 666.2 ou 666.3 de la CIM-9 x 1 000 / Nombre d'accouchements Taux d'hémorragie du postpartum atonique = Nombre d'accouchements portant le code 666.1 de la CIM-9 x 1 000 / Nombre d'accouchements Taux d'hémorragie du postpartum avec hystérectomie = Nombre d'accouchements portant les codes 666.0, 666.1, 666.2 ou 666.3 de la CIM-9 (hémorragie du postpartum) et les codes 80.2 à 80.3 de la CCADTC (hystérectomie) x 100 000 / Nombre d'accouchements *Embolie amniotique—Code CIM-10* : O88.1 *Hémorragie postpartum—Codes CIM-10* : O72.0; O72.1; O72.2; O72.3 *Hémorragie postpartum atonique—Code CIM-10* : O72.1 *Hystérectomie—Codes CCI* : 5.MD.60.KE; 5.MD.60.RC; 5.MD.60.CB; 5.MD.60.RD; 1.RM.87.LA-GX (1.RM.89.LA sans 1.PL.74; 1.RS.80; 1.RS.74)
Taux de réadmission de la mère après le congé suivant l'accouchement	Nombre de femmes qui ont accouché par voie vaginale et ont été réadmises à l'hôpital dans les 90 jours suivant le congé après un accouchement x 100 / Nombre d'accouchements par voie vaginale Nombre de femmes qui avaient accouché par césarienne et ont été réadmises à l'hôpital dans les 90 jours suivant leur congé de l'hôpital après un accouchement x 100 / Nombre d'accouchements par césarienne On a utilisé le lien entre le numéro de carte santé brouillé de la mère pour déterminer les cas de réadmission de la mère. Dans la plupart des provinces et des territoires du Canada, le numéro de carte santé brouillé était disponible et complet dans plus de 95 % des dossiers d'hôpital, y compris les hospitalisations pour accouchement. On n'a toutefois pas inclus les données pour le Manitoba parce que le système de traitement des résumés de dossier d'hospitalisation du Manitoba n'inclut pas les numéros de carte santé d'environ 70 % des dossiers d'hôpital. On a calculé le nombre de réadmissions jusqu'à 90 jours après le congé suivant un accouchement. **Exclusions :** Les données du Manitoba pour 2000–2001 à 2002–2003 ont été exclues parce qu'elles sont incomplètes. Les femmes qui ont été transférées directement après l'accouchement, les femmes dont la durée initiale du séjour a dépassé 20 jours et les femmes qui ont été admises en chirurgie de jour. Le diagnostic primaire au moment de la réadmission reposait seulement sur le diagnostic principal au moment de la sortie.

Indicateur	Méthode
Taux de réadmission de la mère après le congé suivant l'accouchement (suite)	Diagnostic primaire au moment de la réadmission : • hémorragie du postpartum • infection puerpérale grave • lithiase biliaire • complications de la grossesse, non classées ailleurs • complications des suites de couches, autres et sans précision • personne cherchant à consulter sans se plaindre de maladie, soins postpartum et examen • autres affections courantes de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches • trouble dépressif et psychoses affectives • infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement • appendicite aiguë • hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches • symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin • pancréatite aiguë • rétention placentaire • complications relatives à des interventions, non classées ailleurs • calculs aux reins et à l'urètre • autres diagnostics L'*annexe A.2*, tableau A.2.2, contient la liste des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 utilisés.
Taux de morbidité néonatale grave	Taux d'intubation = $\frac{\text{Nombre de naissances vivantes avec les codes 13.62 ou 13.63 de la CCI}}{\text{Nombre de naissances vivantes dans une catégorie précise de poids à la naissance}} \times 100$ Taux de septicémie néonatale = $\frac{\text{Nombre de naissances vivantes portant le code 771.8 de la CIM-9}}{\text{Nombre de naissances vivantes dans une catégorie précise de poids à la naissance}} \times 100$ Moyenne de la durée du séjour (DS) : $\frac{\text{Somme des DS de naissances vivantes dans une catégorie précise de poids à la naissance}}{\text{Nombre de naissances vivantes dans une catégorie précise de poids à la naissance}}$ **Catégories de poids à la naissance :** <1 000 g, 1 000–2 499 g, ≥2 500 g *Codes de la CIM-9 :* *Poids à la naissance <1 000 g : code 765.0 de la CIM-9 (<1 000 g ou gestation <28 semaines)* *Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g : code 765.1 de la CIM-9 (1 000 à 2 499 g ou gestation entre 28 et 37 semaines [sic])* *Poids à la naissance ≥2 500 g : inféré en excluant les codes 765.0 et 765.1 de la CIM-9* *Codes de la CIM-10 :* *Poids à la naissance <1 000 g : code P070 de la CIM-10 (<1 000 g) ou P072 (prématurité extrême)* *Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g : code P071 de la CIM-10 (1 000 à 2 499 g) ou P073 (durée de gestation de 28 à <37 semaines)* *Poids à la naissance ≥2 500 g : inféré en excluant les codes P070, P071, P072 et P073 de la CIM-10*

Indicateur	Méthode
Taux de morbidité néonatale grave (suite)	**Seuil de DS selon les catégories de poids à la naissance aux fins du calcul de la DS moyenne.** *Si la DS était >70 jours, on l'a fixée à 70 jours pour le calcul de la DS moyenne pour la catégorie de poids à la naissance de <1 000 g.* *Si la DS était >40 jours, on l'a fixée à 40 jours pour le calcul de la DS moyenne pour la catégorie de poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g.* Dans le *Rapport sur la santé périnatale, 2003*, on a utilisé les codes 771.8 ou 771.4 de la CIM-9 pour définir la septicémie néonatale. Dans le présent Rapport, on a utilisé seulement le code 771.8 pour définir la septicémie néonatale et c'est pourquoi les taux déclarés sont légèrement différents de ceux de l'édition précédente du rapport. *Intubation—Codes de la CCI* : 1.GZ.31.CB-ND; 1.GZ.30.^^; 1.GZ.31.CA-MP; 1.GZ.31.CA-ND *Septicémie—Codes de la CIM-10* : P36.0–P36.9; P39.2–P39.9
Prévalence des anomalies congénitales	Taux de cas d'anomalies congénitales = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant les codes 740 à 759.9 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Taux de fente palatine = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant le code 749.0 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Taux de fente labiale avec ou sans fissure palatine = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant les codes 749.1 et 749.2 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Taux de syndrome de Down = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant le code 758.0 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Taux d'anomalies du tube neural = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant les codes 740.0–740.2, 741.0–741.9 et 742.0 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Taux d'anencéphalie = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant les codes 740.0–740.2 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Taux de spina bifida = Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances portant les codes 741.0 -741.9 de la CIM-9 x 10 000 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances Les cas d'anomalies congénitales ont été identifiés au moyen de la base de données du SCSAC. *Cas d'anomalies congénitales—Codes CIM-10* : Q00–Q99 *Fente palatine—Codes CIM-10* : Q35.0–Q35.9 *Fente labiale avec ou sans fissure palatine—Codes CIM-10* : Q36; Q36.0; Q36.1; Q36.9; Q37; Q37.0–Q37.5; Q37.8; Q37.9 *Syndrome de Down—Codes CIM-10* : Q90.0–Q90.2; Q90.9 *Anomalies du tube neural—Codes CIM-10* : Q00.0–Q00.2; Q05.0–Q05.9; Q07.0; Q01.0–Q01.2; Q01.8; Q01.9 *Anencéphalie—Codes CIM-10* : Q00.0–Q00.2 *Spina bifida—Codes CIM-10* : Q05.0–Q05.9, Q07.0

^^ Comprend tous les codes correspondants.

Indicateur	Méthode
Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé suivant l'accouchement	Nombre de nourrissons réadmis à l'hôpital dans les 28 jours suivant la naissance x 100 / Nombre de naissances vivantes à l'hôpital Comme la BDMH courante ne contenait pas les numéros de carte santé du Québec (en particulier les enregistrements des nouveau-nés) et du Manitoba (plus de 70 % des enregistrements de certaines années), nous avons plutôt extrait les réadmissions possibles des dossiers d'hôpital en imposant une restriction liée à l'âge, soit du jour 1 au jour 28. Cependant, puisque l'information sur les transferts n'était pas disponible non plus dans cet ensemble de données, nous n'avons pu distinguer les nouveau-nés transférés des réadmissions réelles. C'est pourquoi nous avons utilisé la BDCP pour cet indicateur. Dans le *Rapport sur la santé périnatale, 2003*, nous avons utilisé la BDCP et l'établissement d'un lien déterministe entre la naissance et les cas de réadmission de nouveau-nés. Le code postal à six chiffres a constitué l'information clé contenue dans ce lien, mais on a gardé seulement le code postal à trois chiffres dans la BDCP courante. C'est pourquoi on n'a pu utiliser la méthode précédente d'établissement de liens. Dans le présent Rapport, on a donc identifié les cas de réadmission de nouveau-nés au moyen d'un algorithme interne de recherche d'enregistrement (c.-à-d. recherche des enregistrements d'hôpital portant sur l'âge du jour 1 au jour 28 à l'exclusion des enregistrements de naissance comme réadmissions possible de nouveau-nés). La fréquence des réadmissions de nouveau-nés est calculée pour la période de 28 jours suivant la naissance. On a en outre utilisé l'information sur le transfert (entre hôpitaux ou services) pour distinguer les transferts de nouveau-nés des réadmissions. Parce qu'on a changé de méthode, les taux de réadmission indiqués dans le présent rapport diffèrent légèrement de ceux que contenait l'édition précédente. **Exclusions :** On a exclu le Québec et le Manitoba à cause de l'impossibilité d'établir un lien entre la réadmission et l'enregistrement de la naissance parce que les numéros de carte santé brouillés n'étaient pas complets. Les nouveau-nés transférés directement après la naissance, les nouveau-nés dont le premier séjour à l'hôpital avait duré plus de 20 jours, les nouveau-nés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 1 000 grammes, les nouveau-nés ayant obtenu leur congé le jour de leur naissance et ceux qui ont été admis pour des chirurgies d'un jour ont aussi été exclus. Le diagnostic primaire au moment de la réadmission reposait seulement sur le diagnostic principal au moment de la sortie. Nombre de nourrissons réadmis à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur naissance avec n'importe lequel des problèmes ci-dessous x 100 / Nombre de réadmissions à l'hôpital **Codes de la CIM-9 et de la CIM-10 pour le diagnostic primaire au moment de la réadmission :** Voir l'*annexe A.2*, tableau A.2.6.

Méthodes particulières aux indicateurs utilisant les données de l'ESCC

Les tableaux reposaient sur les trois premiers grands cycles nationaux de l'ESCC en 2000–2001, 2003 et 2005. On a posé plusieurs questions sur leurs expériences de la maternité aux femmes âgées de 15 à 55 ans qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes. Ces questions portaient notamment sur la prise de suppléments d'acide folique avant de savoir qu'elles étaient enceintes, le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire et à la consommation d'alcool durant la grossesse, ainsi que sur l'allaitement maternel. L'ESCC est une enquête transversale et c'est pourquoi il y a donc probablement très peu de chevauchement entre les enquêtes, c'est-à-dire que l'échantillonnage pourrait, en règle générale, porter sur des femmes différentes d'une enquête à la suivante.

Toutes les estimations présentées dans ce Rapport ont été calculées au moyen de facteurs de pondération d'échantillonnage fournis par Statistique Canada. Les estimations fondées sur un échantillon de dix sujets ou plus ont été incluses, sans égard à la taille du coefficient de variation (on a exclu les estimations fondées sur un échantillon de moins de dix sujets). On a inclus des intervalles de confiance à 95 % pour toutes les estimations et celles qui comportaient un coefficient de variation de plus de 33,3 % ont été signalées. Voir l'*annexe B : Guide d'interprétation de l'information statistique contenue dans le Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Le calcul des intervalles de confiance reposait sur la méthode d'autoamorçage[22] qui tient compte des effets de la conception de l'enquête.

Dans le calcul des taux, les dénominateurs ont *exclu* les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre. Les taux de non-réponse dans le cas des indicateurs choisis pour les trois années ont varié de 0,02 % à 3,6 %.

TABLEAU A6 Méthodes relatives à chaque indicateur utilisant les données de l'ESCC

Indicateur	Méthodes
Taux de tabagisme maternel durant la grossesse	Taux de tabagisme maternel = Nombre de femmes qui ont déclaré avoir fumé durant la grossesse x 100 / Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années* Taux d'exposition prénatale à plus de 10 cigarettes par jour = Nombre de mères qui ont déclaré avoir fumé >10 cigarettes par jour durant la grossesse x 100 / Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années* **Questions d'enquête utilisées :** 2000–2001 : Avez-vous fumé durant votre dernière grossesse? Combien de cigarettes par jour avez-vous fumées durant votre dernière grossesse? 2003 et 2005 : Durant votre dernière grossesse, avez-vous fumé des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? Fumeurs—Fument tous les jours (seulement)—Habituellement, combien de cigarettes fumiez-vous chaque jour? * Exclut les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

Indicateur	Méthodes
Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire	Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire = Nombre de femmes qui ont déclaré avoir été exposées à la fumée secondaire durant la grossesse et peu après celle-ci x 100 Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années* **Question d'enquête utilisée :** Est-ce que quelqu'un fumait régulièrement en votre présence durant ou après la grossesse (pendant environ six mois après celle-ci)? * Exclut les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse	Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse = Nombre de femmes qui ont déclaré avoir bu de l'alcool durant la grossesse x 100 Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années* **Question d'enquête utilisée :** À quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool pendant que vous étiez enceinte de... (p. ex., de la bière, du vin, des spiritueux)? * Exclut les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
Prévalence de l'allaitement maternel	Taux d'allaitement maternel = Nombre de femmes qui ont déclaré avoir allaité (peu importe pendant combien de temps) x 100 Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années* Taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois = Nombre de femmes qui ont déclaré allaiter exclusivement pendant six mois (qui n'allaitaient pas exclusivement lors de l'entrevue**) x 100 Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années* (qui n'allaitaient plus exclusivement**) **Questions d'enquête utilisées :** Tous les cycles : Avez-vous allaité ou essayé d'allaiter, même pour une courte période? 2003 et 2005 : Est-ce que vous allaitez encore? Pendant combien de temps avez-vous allaité (votre dernier enfant)? Quel âge avait votre (dernier) enfant quand vous avez ajouté, pour la première fois, un autre liquide (p. ex., lait, lait maternisé, eau, infusion, mélanges à base de plantes) ou un aliment solide à son alimentation? * Exclut les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre. ** Comme on ne connaissait pas la date de naissance du bébé, on n'a pu estimer la durée de la période pendant laquelle une femme allaitait exclusivement si elle allaitait toujours exclusivement lors de l'entrevue.

Indicateur	Méthodes
Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle	Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle* = Nombre de femmes qui ont déclaré avoir pris des suppléments d'acide folique avant la grossesse x 100 / Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq dernières années** **Question d'enquête utilisée :** Avez-vous utilisé un supplément vitaminique contenant de l'acide folique avant votre grossesse, c'est-à-dire avant de savoir que vous étiez enceinte? * La question de l'ESCC demandait seulement aux femmes si elles avaient pris des suppléments d'acide folique *avant* de savoir qu'elles étaient enceintes, mais ceci indique probablement la prise de suppléments au cours de la période périconceptionnelle. ** Exclut les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
Proportion de mères sous-scolarisées	Nombre de femmes qui avaient un niveau d'éducation en particulier x 100 / Nombre de femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédentes* **Question d'enquête utilisée :** Variable dérivée par Statistique Canada : niveau d'instruction le plus élevé de la répondante—quatre niveaux : 1. Études secondaires non terminées 2. Diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires) 3. Des études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires) 4. Diplôme d'études universitaires/collégiales * Exclut les réponses « ne sait pas », « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

Références

1. Statistique Canada. *Naissances et décès 1996, 1997*. Ottawa : ministère de l'Industrie; 1999. N° 84F0210-XPB au catalogue.

2. Fair M. Historique de la statistique de l'état civil au Canada : première partie—de 1605 à 1945. *Rapports sur la santé.* 1994;6(3):355–68.

3. Fair, M. Cyr M. La Base de données canadienne sur les naissances : Un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue des grossesses. *Rapports sur la santé.* 1993;5(3):281–90.

4. Smith ME, Newcombe HB. Use of the Canadian Mortality Data Base for epidemiologic follow up. *Revue canadienne de santé publique*. 1982;73(1):39–46.

5. Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, MacDonald RC (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada*. Ottawa : Statistique Canada; 1999. N° 84F0013-XIF au catalogue.

6. Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies*, 9e révision. Genève : OMS; 1975.

7. Organisation mondiale de la Santé. *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, dixième révision. Genève : OMS; 1996.

8. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of lowbirth-weight live births in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne.* 1997;157(5):535–41.

9. Joseph KS. Preterm Birth in Canada. *Background papers: Preterm Birth Prevention Consensus Conference*. Ottawa; 1998.

10. Bienefeld M, Woodward GL, Ardal S. *Under-reporting of Live Births in Ontario: 1991–1997*. Central East Health Information Partnership; 2001.

11. Statistique Canada. *Issues de la grossesse 2004*. Ottawa : ministre de l'Industrie; 2007. Nº 82-224-XIF au catalogue.

12. Institut canadien d'information sur la santé. *Bases de données clinico-administratives, juin 2005* [Internet]. ICIS; 2005 [cité le 21 novembre 2007]. Disponible à : http://secure.icis.ca/cihiweb/fr/downloads/CAD_PIA_Final_apr05_FR.pdf

13. Statistique Canada. *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCP).* Ottawa : Statistique Canada; 1986. Nº 82-562F au catalogue.

14. Institut canadien d'information sur la santé. *Classification canadienne des interventions en santé*. ICIS; 2007.

15. Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale. *Maladies chroniques au Canada.* 1997;18(3):125.

16. Liu S, Wen SW. Development of record linkage of hospital discharge data for the study of neonatal readmission. *Maladies chroniques au Canada.* 2000;20(3):86–91.

17. Wen SW, Brown A, Mitchell S, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale). *An evaluation of the validity of obstetric/neonatal discharge abstract data by re-abstraction of medical charts* [manuscrit non publié], 2002.

18. Institut canadien d'information sur la santé. Sommaire. *Qualité des données de 2003–2004 de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)* [Internet]. Ottawa : ICIS; 2005. [Cité le 27 août 2007]. Disponible à : http://www.icis.ca/cihiweb/fr/downloads/BDMH_2003-2004_DQ%20Assessment_External_Report_FINAL_2005-11-25_FR.pdf

19. Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada—Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2002.

20. Turner LA, Cyr M, Kinch RAH, Liston R, Kramer MS, Fair M, Heaman M (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles). Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23(1):26–35.

21. Hoyert, DL. Maternal Mortality and Related Concepts. *Natl Vital Stat Rep*. 2007;3(33). Hyattsville (Maryland) : National Center for Health Statistics; 2007.

22. Statistique Canada. *Estimation de la variance à l'aide des poids de Bootstrap—Guide de l'usager du programme BOOTVARF_V30.SPS*. Ottawa : ministre de l'Industrie; 2005.

Annexe A.1

Effet de l'analyse selon la province/le territoire de résidence par rapport à la province/au territoire d'hospitalisation

L'information tirée de la surveillance est habituellement présentée selon le lieu de résidence. Dans les éditions précédentes du *Rapport sur la santé périnatale,* on a analysé les indicateurs basés sur des données d'hospitalisation en fonction de la province ou du territoire d'hospitalisation parce que les déclarations sur la résidence n'étaient pas complètes au cours des années précédentes. Dans le présent Rapport, nous avons adopté la déclaration en fonction de la province ou du territoire de résidence.

Dans la plupart des cas, l'analyse d'un indicateur donné en fonction de la province ou du territoire de résidence ou d'hospitalisation, a peu d'effet sur les résultats. Il peut y avoir des exceptions dans le cas d'indicateurs qui mesurent des problèmes de santé ou des événements nécessitant des soins spécialisés qui ne sont pas nécessairement disponibles dans la province ou le territoire de résidence. Dans ces cas, les taux basés sur la province ou le territoire d'hospitalisation auront tendance à gonfler les taux d'occurrence dans le cas de la province ou du territoire de référence et à les dégonfler parallèlement dans la province ou le territoire « d'attache ». Les territoires (et en particulier le Nunavut) et l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick sont les administrations les plus touchées à cause des taux plus élevés de référence (d'accueil ou de départ). Lorsqu'on établit des comparaisons en fonction de la province ou du territoire d'hospitalisation par rapport à la province ou au territoire de résidence, des différences habituellement mineures affectent les taux de ces administrations.

Dans l'analyse des bases de données sur l'hospitalisation, on détermine en outre la province ou le territoire de résidence d'un patient à partir de la variable « province/territoire qui a émis le numéro de carte santé ». Il se peut toutefois qu'en réalité, il ne s'agisse pas toujours de la province ou du territoire de résidence. Les incohérences risquent le plus de se produire dans le cas des résidents qui habitent à proximité d'une frontière provinciale/territoriale.

Dans le cas des données de 2004–2005, l'information sur la province ou le territoire qui a émis le numéro de carte santé (résidence) est manquante dans seulement 1,2 % des dossiers d'accouchement et dans 0,6 % des dossiers des nouveau-nés. Les données sur la province ou le territoire d'hospitalisation étaient complètes dans tous les enregistrements contenus dans les bases de données sur l'hospitalisation.

Des exemples illustrent l'effet du remplacement de la province ou du territoire d'hospitalisation dans les rapports antérieurs par la province ou le territoire de résidence dans le présent Rapport. Dans le premier exemple, il y a peu de différences au niveau des taux d'accouchement par césarienne entre la province ou le territoire d'hospitalisation et la province ou le territoire de résidence. Même entre les territoires, l'effet a été minime. Au Nunavut, même si le nombre d'accouchements par césarienne a presque doublé selon la province ou le territoire de résidence par rapport à la province ou au territoire d'hospitalisation, les taux étaient similaires. Dans le cas du taux de congé précoce du nouveau-né, les différences sont toutefois plus importantes—en particulier au Nunavut.

Dans l'exemple qui suit (tableau A.1.1), les taux d'accouchement par césarienne au Nunavut sont très semblables même si les chiffres réels sont très différents. Dans l'exemple suivant qui porte sur le Nunavut (tableau A.1.2), le taux de congé précoce du nouveau-né selon la province ou le territoire de résidence est toutefois très différent de celui qui est basé sur la province ou le territoire d'hospitalisation.

TABLEAU A.1.1 Taux d'accouchement par césarienne, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005

Province/territoire	Province/territoire d'hospitalisation			Province/territoire de résidence		
	Nombre d'accouchements par césarienne	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Accouchements par césarienne (IC à 95 %) pour 100 accouchements à l'hôpital	Nombre d'accouchements par césarienne	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Accouchements par césarienne (IC à 95 %) pour 100 accouchements à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	1 282	4 444	28,8 (27,5–30,2)	1 257	4 364	28,8 (27,5–30,2)
Île-du-Prince-Édouard	450	1 351	33,3 (30,8–35,9)	457	1 367	33,4 (30,9–36,0)
Nouvelle-Écosse	2 328	8 397	27,7 (26,8–28,7)	2 322	8 319	27,9 (26,9–28,9)
Nouveau-Brunswick	1 931	6 748	28,6 (27,5–29,7)	1 856	6 548	28,3 (27,3–29,5)
Québec	15 805	71 302	22,2 (21,9–22,5)	15 964	71 792	22,2 (21,9–22,5)
Ontario	36 114	135 221	26,7 (26,5–26,9)	35 344	132 145	26,7 (26,5–27,0)
Manitoba	2 839	14 007	20,3 (19,6–20,9)	2 788	13 525	20,6 (19,9–21,3)
Saskatchewan	2 404	11 792	20,4 (19,7–21,1)	2 372	11 737	20,2 (19,5–20,9)
Alberta	10 178	39 980	25,5 (25,0–25,9)	10 092	39 748	25,4 (25,0–25,8)
Colombie-Britannique	11 753	39 306	29,9 (29,4–30,4)	11 579	38 683	29,9 (29,5–30,4)
Yukon	90	343	26,2 (21,7–31,2)	90	330	27,3 (22,5–32,4)
Territoires du Nord-Ouest	133	728	18,3 (15,5–21,3)	152	675	22,5 (19,4–25,9)
Nunavut	**34**	**355**	**9,6 (6,7–13,1)**	**74**	**751**	**9,9 (7,8–12,2)**
Non disponible	–	–	–	994	3 990	24,9 (23,6–26,3)
CANADA	**85 341**	**333 974**	**25,6 (25,4–25,7)**	**85 341**	**333 974**	**25,6 (25,4–25,7)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU A.1.2 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, nouveau-nés à terme, selon la province/le territoire

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées

Province/territoire	Province/territoire d'hospitalisation Poids à la naissance >2 500 g	Province/territoire de résidence Poids à la naissance >2 500 g
	Nouveau-nés dont la DS <2 jours (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés dont la DS est <2 jours (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	9,7 (9,2–10,2)	9,8 (9,3–10,3)
Île-du-Prince-Édouard	1,7 (1,4–2,2)	1,9 (1,5–2,4)
Nouvelle-Écosse	15,7 (15,3–16,2)	15,6 (15,2–16,1)
Nouveau-Brunswick	9,0 (8,6–9,4)	9,0 (8,6–9,4)
Québec	7,3 (7,1–7,4)	7,4 (7,3–7,5)
Ontario	32,3 (32,1–32,4)	32,1 (32,0–32,3)
Manitoba	20,5 (20,1–20,9)	20,4 (20,0–20,8)
Saskatchewan	21,1 (20,6–21,5)	20,9 (20,4–21,3)
Alberta	47,9 (47,6–48,2)	47,8 (47,5–48,1)
Colombie-Britannique	32,7 (32,5–33,0)	32,4 (32,1–32,6)
Yukon	15,8 (13,6–18,3)	14,7 (12,5–17,2)
Territoires du Nord-Ouest	16,8 (15,2–18,5)	19,1 (17,3–21,0)
Nunavut	**69,2 (65,5–72,7)**	**43,7 (40,9–46,4)**
Non disponible	–	49,0 (47,8–50,2)
CANADA	**26,6 (26,5–26,7)**	**26,6 (26,5–26,7)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
DS—durée du séjour
IC—intervalle de confiance

Annexe A.2

Conversion des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 dans le cas de certains indicateurs

TABLEAU A.2.1 Indication pour l'accouchement par césarienne

Problèmes	CIM-9	CIM-10
Présentation du siège	652.2	O32.1
Dystocie	652.0; 652.2–652.4; 652.6–652.9; 653.0–653.9; 659.0; 659.1; 660.0–660.9; 661.0–661.2; 661.4; 661.9; 662.0–662.3	O32.0; O32.2; O32.3; O32.5; O32.6; O32.8; O32.9; O33.0–O33.9; O61.0; O61.1; O61.8; O61.9; O62.0–O62.2; O62.4; O62.8; O62.9; O63.0–O63.2; O63.9; O64.0–O64.5; O64.8; O64.9; O65.0–O65.5; O65.8; O65.9; O66.0; O66.1–O66.5; O66.8; O66.9; O80.1; O83.1
Souffrance fœtale	656.3; 663.0	O36.3; O68.0–O68.3; O68.8; O68.9; O690
Divers	054; 430–434; 641; 642; 647.6; 648.0; 648.8; 651; 654.6; 654.7; 654.9; 655.0; 656.1; 656.5; 656.6; 658.0; 658.4; 665.0; 665.1	I63.1–I63.5; I63.8; I63.9; I65.0–I65.3; I65.8; I65.9; I66.0–I66.4; I66.8; I66.9; I67.2; I67.6; I68.8; O10.0–O10.4; O10.9; O14.0; O14.1; O14.9; O15.0; O15.1; O15.2; O15.9; O24.0–O24.4; O24.9; O34.4; O34.6; O34.8;O34.9; O35.0; O36.0; O36.5; O36.6; O41.0; O41.1; O43.8; O44.0; O44.1; O45.0; O45.8; O45.9; O46.0; O46.8; O46.9; O67.0; O67.8; O67.9; O71.0; O71.1; O98.4; O98.5; O99.8; O11; O13; O16; O30.0–O30.2; O30.8; O30.9; O31.8; O84.0; O84.9
Répétition au choix/autre	Aucun des codes ci-dessus	Aucun des codes ci-dessus

TABLEAU A.2.2 Diagnostic au moment de réadmission de la mère

Problèmes	CIM-9	CIM-10
Hémorragie du postpartum	666.0–666.3	O72.0–O72.3
Infection puerpérale grave	670	A34; O85; O86.8
Lithiase biliaire	574.0–574.5	K80.0–K80.8
Autre complication de la grossesse, non classée ailleurs (NCA)	646.0–646.9	O12.0–O12.2; O23.0–O23.9; O26.0–O26.4; O26.6–O26.9; O31.0–O31.2; O86.0–O86.4; O95
Complication des suites de couches, autre et sans précision, NCA	674.0–674.4; 674.8; 674.9	O88.2; O90.0–O90.5; O90.8; O90.9
Personne en quête de conseil sans se plaindre de maladie, de soins postpartum et d'examen	V65.0–V65.5; V65.8–V65.9; V24.0–V24.2	F68.1; Z58.0–Z58.9; Z64.2; Z64.3; Z70.0–Z72.1; Z72.3–Z72.9; Z73.6–Z73.9; Z76.3–Z76.9; Z39.0–Z39.2

Problèmes	CIM-9	CIM-10
Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches	648.0–648.9	O24.0–O25; O99.0–O99.8
Psychose maniaque dépressive, autre et sans précision et autre psychose affective	296.0–296.6; 296.8; 296.9; 311	F30.0–F31.9; F32.2–F32.9; F33.1; F33.2; F33.4; F33.8–F34.9; F38.0–F39; F53.0
Infection du sein et du mamelon associée à l'accouchement	675.0–675.2; 675.8; 675.9	O91.0–O91.2; O92.2
Appendicite aiguë	540.0; 540.1; 540.9	K35.0–K35.9; K65.0; K65.8
Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches	642.0–642.7; 642.9	O10.0–O11; O13–O16
Symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin	789.0–789.5; 789.9	R10.0–R10.4; R16.0–R16.1; R18; R19.0; R19.3; R19.8
Pancréatite aiguë	577.0	K85; K87.1
Rétention du placenta	667.0; 667.1	O73.0; O73.1
Complication relative à des interventions, NCA	998.0–998.9	T81.0–T81.6; T81.8–T81.9; T88.4; T88.9
Calcul du rein et de l'uretère	592.0; 592.1; 592.9	N20.0–N20.9; N22.0; N22.8
Autres	Tout code non mentionné ci-dessus	Tout code non mentionné ci-dessus

NCA—non classée ailleurs

TABLEAU A.2.3 Causes de mortalité fœtale (mortinaissance)

Causes	CIM-9	CIM-10
Anomalies congénitales	740–759.9	Q00–Q99
Complication maternelle de la grossesse	761	P01
Complication concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes	762.0–762.9	P02.0–P02.9
Hypoxie intrautérine et asphyxie à la naissance	768	P20; P21
Sans précision	779.9	P95; P96.9

TABLEAU A.2.4 **Causes de mortalité infantile**

Causes	CIM-9	CIM-10
Anomalies congénitales	740–759.9	Q00–Q99
Problèmes reliés à l'asphyxie	761.6; 761.7; 762.0–762.2; 762.6; 763; 766–768; 770.1; 772.2; 779.0; 779.2	O43.8; O83.4; P01.6–P01.7; P02.0–P02.2; P02.6; P03.0–P04.0; P08.0–P08.2; P10.0–P10.1; P10.3–P21.9; P24.0-P24.9; P52.4–P52.5; P52.8; P90–P91.0; P91.4–P91.5; P91.9
Problèmes reliés à l'immaturité	761.3–761.5; 761.8; 761.9; 762.7; 764.0–765.1; 769; 770.2–770.9; 772.1; 774.0–774.7; 777.5; 777.6; 778.2; 779.6; 779.8	D58.9; P01.3–P01.5; P01.8–P01.9; P02.7; P05.0–P05.9; P07.0–P07.3; P10.2; P22.0–P22.9; P25.0–P29.2; P29.4–P29.9; P52.0–P52.3; P57.8–P59.9; P77; P78.0; P80.0; P91.1–P91.2; P91.8; P94.1–P94.9; P96.0; P96.3–P96.5
Infections	001–139; 320–326; 382; 420–422; 460-466; 475-477; 480–491; 510; 511; 513; 540; 541; 566; 567; 570; 590; 591; 770.0; 771; 790	A00.0–B19.9; B25.0–B99; D86.0–D86.9; E79.0; G00.0–G09; G36.1; G37.3–G37.4; G92; G93.3–G93.4; G94.8; G96.1; H66.0–H67.8; H75.0; I30.0–I30.9; I32.0–I33.9; I39.8–I41.2; I42.3; I43.0; I52.0–I52.1; I72.9; I88.8 ; J00–J30.4; J36–J37.1; J39.9–J42; J44.1–J44.8; J65; J85.0–J92.9; J94.0–J94.9; J98.0; J98.4; J99.8; K35.0–K35.9; K37; K52.9; K61.0–K61.4; K65.0–K65.9; K67.0–K67.8; K72.0; K72.9; K76.2; K90.8; K93.0; L08.1; L44.8; L94.6; M02.1; M02.3; M35.2; N10–N13.3; N13.6; N15.1–N16.8; N17.2; N28.8; N29.1; N34.1; O98.0–O98.1; P23.0–P23.9; P35.0–P39.9; R06.5; R09.1; R29.1; R70.0–R71; R73.0–R74.9; R77.0–R78.0; R78.7–R79.9; R89.7; T62.9
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	798.0	R95
Autre mort infantile inexpliquée	798.1; 798.2; 798.9; E913; 799	J96.0–J96.9; R09.0; R09.2; R41.8; R45.0; R45.2–R45.6; R45.8–R46.3; R46.5–R46.7; R53; R64; R68.1; R68.8; R69; R96.0–R99; Z71.1; W75–W77; W81–W84
Causes externes	260–263; 507; E800–E912; E914–E999	E40–E46; E64.0; J69.0–J69.8; J95.8; V01–Y98 (except W75–W77; W81–W84)
Autres	Tout code non mentionné ci-dessus	Tout code non mentionné ci-dessus

TABLEAU A.2.5 Anomalies congénitales

Anomalies congénitales	CIM-9	CIM-10
Cas	740–759.9	Q00–Q99
Fente palatine	749.0	Q35.0–Q35.9
Fente labiale avec ou sans fente palatine	749.1; 749.2	Q36; Q36.0; Q36.1; Q36.9; Q37; Q37.0–Q37.5; Q37.8; Q37.9
Syndrome de Down	758.0	Q90.0–Q90.2; Q90.9
Anomalies du tube neural	740.0–740.2; 741.0–741.9; 742.0	Q00.0–Q00.2; Q01.0–Q01.2; Q01.8; Q01.9; Q05.0–Q05.9; Q07.0
Anencéphalie	740.0–740.2	Q00.0–Q00.2
Spina bifida	741.0–741.9	Q05.0–Q05.9; Q07.0

TABLEAU A.2.6 Diagnostic au moment de la réadmission du nouveau-né

Problèmes	CIM-9	CIM-10
Ictère	773.1; 774.2; 774.3; 774.6; 774.7	P55.1; P57.8; P57.9; P58.8; P59.0; P59.3–P59.9
Problèmes respiratoires	466.0; 466.1; 770	J18.0; J20.0–J22; P21.9; P22.1; P22.8–P28.9
Nourrisson en santé accompagnant une personne malade	V65.0	Z76.3; Z76.4
Problèmes d'allaitement	779.3; 783.3	P92.0–P92.9; R63.3
Infection	771.8	P36.0–P36.9; P39.2–P39.9
Déshydratation	276.0; 276.5; 775.5; 778.4	E86; E87.0; P71.8; P74.1–P74.4; P81.0–P81.9
Gain de poids insuffisant	783.2; 783.4	E34.3; R62.0–R62.9; R63.4
Anomalies congénitales	740–759.9	Q00–Q99
Infection urinaire	599.0	N39.0

TABLEAU A.2.7 Codes utilisés pour certains indicateurs

Problèmes	CIM-9	CIM-10	CCADTC	CCI	Autres
Césarienne			86.0–86.2; 86.8; 86.9	5.MD.60^^	
Césarienne antérieure	654.2	O34.2; O75.7			
Accouchement par voie vaginale					Tous les accouchement ne sont pas faits par césarienne
Déclenchement du travail par des moyens médicaux			85.5	5.AC.30.AL-I2; 5.AC.30.CA-I2; 5.AC.30.GU-I2; 5.AC.30.HA-I2; 5.AC.30.YA-I2; 5.AC.30.YB-I2; 5.AC.30.ZZ-I2	
Déclenchement du travail par des moyens chirurgicaux			85.01	5.AC.30.AP	
Accouchement au forceps			84.0–84.3	5.MD.53.KL; 5.MD.53.KN; 5.MD.53.KJ; 5.MD.53.KK; 5.MD.53.KM; 5.MD.53.KH; 5.MD.55^^	
Accouchement par ventouse			84.7	5.MD.54^^	
Déchirure des premier et deuxième degrés	664.0; 664.1	O70.0; O70.1			
Déchirure du troisième degré	664.2	O70.2			
Déchirure du quatrième degré	664.3	O70.3			

^^ Comprend tous les codes correspondants.

Problèmes	CIM-9	CIM-10	CCADTC	CCI	Autres
Épisiotomie			84.1; 84.21; 84.31; 84.71; 85.7	5.MD.50.GH; 5.MD.53.KS; 5.MD.53.JE; 5.MD.53.KL; 5.MD.53.KN; 5.MD.53.KJ; 5.MD.54.KJ; 5.MD.54.KL; 5.MD.54.KN; 5.MD.54.NF; 5.MD.55.KN; 5.MD.55.KL; 5.MD.55.KJ; 5.MD.55.KR;	
Grossesse ectopique	633.1–633.2; 633.8; 633.9	0000–0002; 0008; 0009			
Bébés <1 000 g	765.0	P07.0; P07.2			
Bébés 1 000 à 2 499 g	765.1	P07.1; P07.3			
Bébés ≥2 500 g	Non (765.0; 765.1)	Non (P07.0; P07.2; P07.1; P07.3)			
Hémorragie postpartum	666.0–666.3	072.0–072.3			
Hémorragie postpartum atonique	666.1	072.1			
Hémorragie postpartum avec hystérectomie	666.0–666.3	072.0–072.3	80.2; 80.3	5.MD.60.KE; 5.MD.60.RC; 5.MD.60.CB; 5.MD.60.RD; 1.RM.87.LA-GX; (1.RM.89. LA sans 1.PL.74; 1.RS.80; 1.RS.74)	
Embolie amniotique	673.1	088.1			
Intubation			13.62; 13.63	1.GZ.31.CB-ND; 1.GZ.30.^^; 1.GZ.31.CA-MP; 1.GZ.31.CA-ND	
Septicémie	771.8	P36.0–P36.9; P39.2–P39.9			

^^ Comprend tous les codes correspondants.

Annexe B

■ Guide d'interprétation de l'information statistique contenue dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*

K.S. Joseph, Catherine McCourt et Reg Sauve

Cette édition du *Rapport sur la santé périnatale* présente des comparaisons de divers indicateurs dans le temps et entre les provinces et les territoires. Conformément aux traditions qui règnent dans les publications en médecine, en épidémiologie et en surveillance[1], le rapport vise avant tout à donner au lecteur une idée de la précision associée à chaque estimation de taux. On évite en général les valeurs P et les tests statistiques en faveur d'estimations ponctuelles et d'intervalles de confiance (IC) à 95 %. Nous expliquons brièvement ci-dessous des questions statistiques précises qui ont trait aux IC à 95 % et à leur interprétation.

Calcul d'IC à 95 % dans le cas de taux fondés sur des données nationales, provinciales et territoriales

Il faut exprimer la précision d'une estimation à cause de la variation des échantillonnages. Il semblerait donc inutile de fournir des IC à 95 % dans le cas de taux tirés de données du recensement. Le taux de mortalité infantile au Canada en 2004 (5,1 pour 1 000 naissances vivantes), par exemple, est basé sur un dénombrement de toutes les morts de nourrissons et de toutes les naissances vivantes survenues au Canada en 2004 (il n'y a pas d'échantillonnage en cause, nonobstant des erreurs opérationnelles mineures). Il semblerait donc inutile de produire un IC à 95 % pour le taux estimé.

Il y a néanmoins d'importantes raisons de fournir un IC à 95 % pour tous les taux présentés dans ce *Rapport*. Tout d'abord, pour les besoins de la surveillance, le taux d'une région au cours d'une année civile en particulier doit être considéré comme un échantillon dans le temps. La solution de rechange (c.-à-d. considérer le taux comme s'il était dérivé d'un recensement) signifierait que toute augmentation minuscule du taux d'une année à la suivante (p. ex., augmentation du taux de mortalité infantile qui passerait de 5,10 pour 1 000 naissances vivantes en 2004 à 5,11 en 2005) représenterait une « augmentation ». On peut aussi produire une représentation de la précision des taux parce qu'il faut établir une distinction entre la stabilité des estimations fondées sur des chiffres limités par rapport à des chiffres nombreux. C'est pourquoi l'IC à 95 % relié au taux de mortalité infantile au Québec en 2004 (4,6 pour 1 000 naissances vivantes, IC à 95 % : 4,1–5,1) indique que le taux est beaucoup plus stable que le même taux au Yukon (11,0 pour 1 000 naissances vivantes, IC à 95 % : 3,0 à 27,8). Le taux de mortalité infantile dans les Territoires du Nord-Ouest en 2004 (0,0 pour 1 000 naissances vivantes, IC à 95 % : 0,0–5,3) est un autre exemple. Si l'on traite le taux comme un recensement, cela indiquerait que la santé infantile est parfaite dans le territoire, tandis que si on le traite comme une estimation comportant une variabilité d'échantillonnage inhérente, il représenterait une description plus réaliste de l'état de la santé infantile.

IC à 95 % par rapport aux règles de suppression de données fondées sur le coefficient de variation

Une autre façon d'exprimer l'incertitude reliée aux estimations d'indicateurs consiste à fournir l'estimation ponctuelle pour les taux fondés sur un volume important d'information (taux robustes) et à supprimer les taux très instables et fragiles. Il est possible d'utiliser divers paramètres, comme

le coefficient de variation, pour identifier les estimations stables par rapport aux estimations instables. Statistique Canada, par exemple, supprime habituellement les données d'enquête lorsque le coefficient de variation dépasse 33,3 %. La décision de présenter dans ce *Rapport* des IC à 95 % pour toutes les estimations sans égard à ces considérations repose sur la logique suivante :

- Les décisions à prendre sur de tels seuils de suppression des données sont nécessairement arbitraires.
- Un peu d'information, assortie des avertissements qui s'imposent, c'est préférable à aucune information.
- La suppression de données a habituellement un effet sur les données provenant des territoires et des petites provinces. La création de quasi-administrations (p. ex., en combinant les trois territoires) qui ont peu de capacité en matière d'élaboration de politiques produit un résultat limité aux fins de la surveillance.

Il faudrait toutefois reconnaître que l'utilisation d'IC à 95 %, du coefficient de variation et d'autres mesures de précision statistique représente des variations du même thème. Le choix de la méthode est finalement guidé par son attrait et par la culture qui prévaut dans une discipline en particulier.

Lien entre les IC à 95 % et les valeurs P lorsque l'on compare deux taux

Comme les valeurs P et les IC à 95 % reposent sur les mêmes piliers théoriques, il est possible d'utiliser les IC à 95 % comme substitut partiel dans un test d'importance au niveau de 5 %.

a) L'IC à 95 % d'un taux contient l'estimation ponctuelle de l'autre taux

Cela sous-entend une valeur P de **>0,05** pour la comparaison. Par exemple, les taux bruts de mortalité infantile au Québec et en Colombie-Britannique en 2004 s'établissaient à 4,6 pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 4,1–5,1) et à 4,3 (IC à 95 % : 3,7–5,0) respectivement (figure B.1). L'IC du taux du Québec inclut l'estimation ponctuelle portant sur la Colombie-Britannique. Cela sous-entend une valeur P de >0,05 et qu'il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre les deux taux bruts de mortalité infantile.

b) Les IC à 95 % ne se chevauchent pas

Cela sous-entend une valeur P de **<0,05** pour la comparaison. Par exemple, les taux de mortalité infantile au Québec et au Manitoba s'établissaient à 4,6 pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 4,1–5,1) et 7,0 (IC à 95 % : 5,7–8,6) respectivement en 2004 (figure B.1). Les IC des deux taux ne se chevauchent pas, ce qui indique une valeur P de <0,05 et une différence statistiquement significative entre les deux taux de mortalité infantile.

c) Les IC à 95 % se chevauchent, mais l'IC à 95 % d'un taux n'inclut pas l'estimation ponctuelle de l'autre

Il s'agit là d'une situation ambiguë et il n'est pas possible de déterminer la valeur P de la comparaison sans procéder à un test statistique structuré d'importance. Par exemple, les taux de mortalité infantile au Québec et en Saskatchewan s'établissaient à 4,6 pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % : 4,1–5,1) et à 6,2 (IC à 95 % : 4,9 à 7,7) respectivement en 2004 (figure B.1). Les intervalles de confiance des deux taux se chevauchent, mais l'IC à 95 % d'un taux ne contient pas l'estimation ponctuelle de l'autre taux. On ne sait pas si les taux sont différents au niveau de l'importance statistique de 5 % et un test statistique structuré s'impose.

Autres considérations

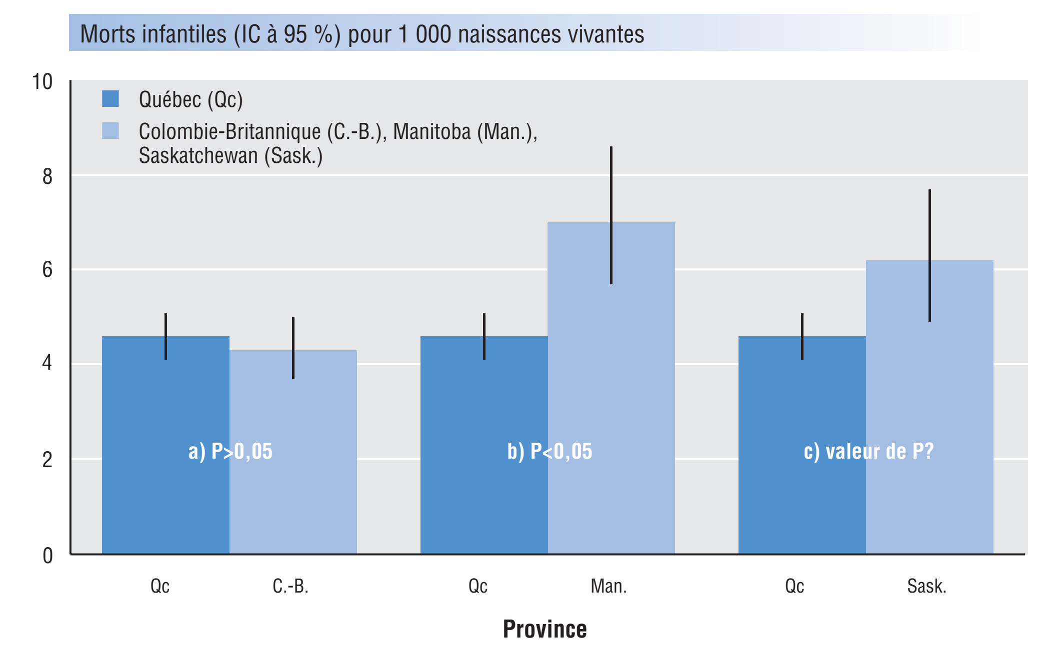
Même si les enjeux statistiques sont importants, ils représentent un seul facteur dans l'interprétation de l'information tirée de la surveillance. La qualité des données, l'importance de différences possibles sur le plan clinique et sur celui de la santé publique et diverses questions de fond peuvent souvent submerger l'interprétation statistique associée à une comparaison en particulier. Il faut modifier l'interprétation des différences susmentionnées au niveau du taux brut de mortalité infantile, par exemple, en comprenant qu'à cause des différences régionales au niveau de l'enregistrement des naissances, les taux bruts de mortalité infantile sont loin d'être idéaux pour les fins de la comparaison des taux de mortalité infantile entre les provinces et les territoires.

Référence

1. Rothman KJ, Greenland S (Éditeurs). *Modern Epidemiology,* 2e édition. Philadelphie : Lippincott-Raven Publishers; 1998.

FIGURE B.1 **Taux bruts de mortalité infantile**

Québec, Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan, 2004



IC—intervalle de confiance

Annexe C

Liste des indicateurs de la santé périnatale

Un indicateur de la santé est une mesure qui, lorsqu'on la compare à un niveau normalisé ou visé, fournit de l'information sur un résultat pour la santé ou sur un important déterminant de la santé[1]. La Section de la santé maternelle et infantile et le Comité directeur du SCSP ont lancé un exercice visant à identifier les indicateurs de la santé périnatale qu'il faudrait suivre au moyen d'un système national de surveillance périnatale[2]. Le groupe a tenu compte de l'importance du résultat pour la santé ou du déterminant de la santé, des caractéristiques scientifiques de l'indicateur, comme sa validité lorsqu'il s'agit de mesurer le résultat ou le déterminant en cause, et de la possibilité de recueillir les données nécessaires pour le construire. La série des indicateurs retenus figure ci-dessous. Les 43 premiers de la liste sont classés selon l'importance que leur accorde le Comité directeur dans l'optique de la santé. Neuf autres indicateurs ont été ajoutés à la liste à l'issue de consultations. Le présent Rapport contient 29 de ces indicateurs de la santé—présentés dans cette liste—sur lesquels nous avons actuellement des données nationales.

* Les taux de mortalité fœtale et infantile ont été classés d'abord. La croissance du fœtus comportant une hypotrophie fœtale et une hypertrophie fœtale suit.

Rang	Indicateur	Page
19	**Taux de déclenchement du travail**	75
20	**Taux de réadmission de la mère suivant le congé après un accouchement**	125
21	Proportion de mères affichant un faible gain de poids	
22	**Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale**	84
23	**Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance**	99
24	Taux d'avortement spontané	
25	Proportion de naissances chez les femmes n'ayant pas consulté au cours du premier trimestre	
26	Taux de congé de la mère/du bébé	
27	Proportion de mères affichant un indice de masse corporelle (IMC) faible avant la grossesse	
28	**Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement**	93
29	**Taux de sous-scolarisation de la mère**	59
30	Prévalence de l'exposition à la fumée de tabac ambiante pendant la grossesse	
31	Proportion de femmes enceintes sans conjoint	
32	Proportion de femmes enceintes sans soutien social	
33	Taux de recours à l'anesthésie générale lors des césariennes	
34	Taux de recours à l'anesthésie régionale pendant l'accouchement	
35	Usage de surfactants dans les 34 premières semaines de gestation	
36	Taux de réanimation des nouveau-nés hypotrophiques	
37	**Taux de traumatisme périnéal**	89
38	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques qui ont un faible indice d'Apgar après cinq minutes	
39	Proportion de femmes enceintes qui disent être victimes de sévices physiques	
40	Proportion de femmes enceintes qui font état d'un haut niveau de stress psychosocial	
41	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques dont le pH du sang cordonnal est faible	
42	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques dont le sang cordonnal révèle un déficit de base	
43	Taux de circoncision	

Références

1. Buehler JW. Surveillance. Dans : Rothman KJ, Greenland S (Éditeurs). *Modern Epidemiology,* 2e édition. Philadelphie : Lippincott-Raven; 1998. p. 435–57.

2. Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000. No H49-135/2000F au catalogue.

Annexe D

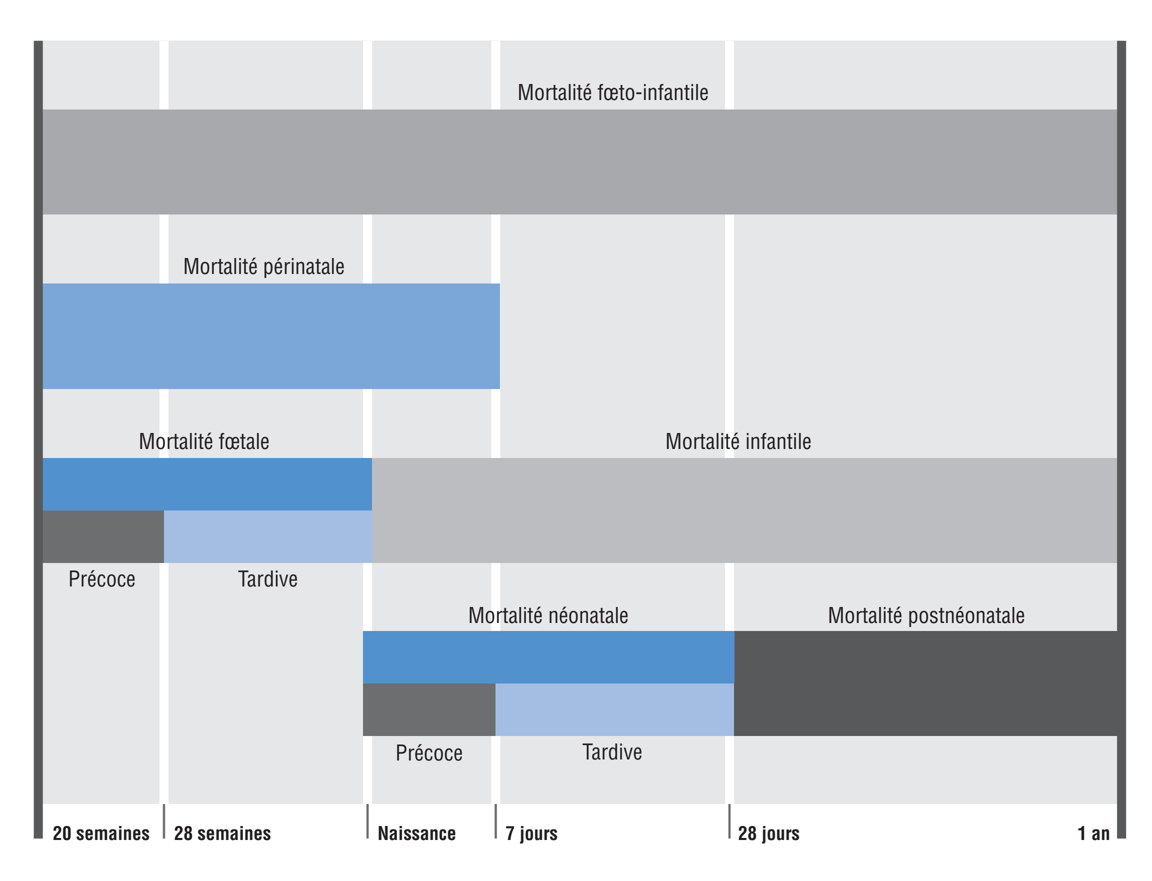
Liste des acronymes

AC	Anomalies congénitales
ACASS	Système de surveillance des anomalies congénitales de l'Alberta
ATN	Anomalie du tube neural
AVAC	Accouchement vaginal après une césarienne
BDCP	Base de données sur les congés des patients
BDMH	Base de données sur la morbidité hospitalière
CANSIM	Système canadien d'information socioéconomique
CCADTC	Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CD	Comité directeur (du SCSP)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIM-9	Classification internationale des maladies, neuvième révision
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision
DC	Les diététistes du Canada
DM	Dernières menstruations normales
DS	Durée du séjour
EEM	Enquête sur les expériences de la maternité
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ET	Écart-type
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
FL/P	Fente labiale avec ou sans fente palatine
FLP	Fente labiopalatine
FP	Fente palatine
GEEM	Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité
GESFI	Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile
GESM	Groupe d'étude sur la santé maternelle

IC	Intervalle de confiance
ICE	International Collaborative Effort (sur la mortalité périnatale et infantile)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MED-ÉCHO	Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière du Québec
MN	Mortinaissance
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RADM	Rupture artificielle des membranes
RCIU	Retard de croissance intrautérine
RMM	Ratio de mortalité maternelle
SAF	Syndrome d'alcoolisme fœtal
SB	Spina bifida
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SCSAC	Système canadien de surveillance des anomalies congénitales
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SD	Syndrome de Down
SDR	Syndrome de détresse respiratoire
SMSN	Syndrome de mort subite du nourrisson
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SSMI	Section de la santé maternelle et infantile
TMI	Taux de mortalité infantile
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Annexe E

Composantes de la mortalité fœto-infantile



Adapté de Péron Y, Strohmenger C. *Indicateurs démographiques et indicateurs de santé des populations : Présentation et interprétation.* Ottawa : ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1985 (No 82-543F); et Monnier, A. Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile. Dans : *Manuel d'analyse de la mortalité.* Paris : INED; 1985. p. 52–5.

Lorsqu'on calcule le taux de mortalité fœto-infantile, le taux de mortalité périnatale et le taux de mortinaissance, le dénominateur reflète le nombre total de naissances (naissances vivantes et mortinaissances), alors que lorsqu'on calcule le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale (précoce et tardive) et le taux de mortalité postnéonatale, le dénominateur inclut uniquement les naissances d'enfants vivants.

Annexe F

Tableaux de données pour les figures présentées dans *Un aperçu de la santé périnatale au Canada*

TABLEAU F1.A Nombre de naissances vivantes, de mortinaissances et de morts néonatales, selon des catégories précises de poids à la naissance attribuables à des causes de décès précises

Canada (à l'exclusion de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador), 1985–2003*

Année de la naissance	Naissances vivantes	Mortinaissances	Naissances vivantes de <500 g	Mortinaissances de <500 g	Mortinaissances de <500 g attribuables à des anomalies congénitales	Mortinaissances de <500 g attribuables à une interruption de grossesse
1985	234 862	1 441	97	172	17	3
1986	230 642	1 416	115	163	23	†
1987	227 077	1 383	102	170	16	†
1988	230 992	1 334	103	218	31	†
1989	239 261	1 438	93	201	27	3
1990	246 582	1 408	176	209	22	†
1991	243 682	1 440	144	257	29	8
1992	240 980	1 410	133	261	40	†
1993	234 046	1 319	154	217	36	†
1994	231 729	1 315	147	195	47	†
1995	225 953	1 336	184	271	63	11
1996	220 430	1 191	187	212	43	15
1997	210 172	1 225	193	222	42	22
1998	204 801	1 107	157	235	35	26
1999	201 114	1 198	183	261	65	27
2000	195 607	1 152	176	213	16	41
2001	197 323	1 173	200	183	23	51
2002	195 636	1 170	223	320	34	100
2003	199 650	1 163	247	324	32	99

Année de la naissance	Morts néonatales	Morts néonatales dont le poids à la naissance manque	Morts néonatales de <500 g	Morts néonatales de <500 g attribuables à des anomalies congénitales	Morts néonatales <500 g attribuables à une interruption de grossesse	Morts néonatales de ≥500 g attribuables à des anomalies congénitales	Morts néonatales ≥500 g attribuables à une interruption de grossesse
1985	1 233	73	84	†	†	401	0
1986	1 216	65	110	†	0	397	†
1987	1 084	55	89	5	0	355	0
1988	1 071	62	96	3	0	369	0
1989	1 101	59	89	3	0	343	†
1990	1 137	53	154	9	0	393	0
1991	947	47	137	9	†	310	†
1992	948	33	122	8	0	333	0
1993	930	28	142	4	0	296	0
1994	980	44	139	13	†	315	†
1995	934	19	171	9	†	298	†
1996	832	26	169	16	3	240	6
1997	816	23	179	9	†	237	5
1998	768	11	149	21	10	223	9
1999	708	14	173	27	4	177	5
2000	668	5	170	18	30	152	14
2001	730	14	187	28	18	174	8
2002	746	12	210	33	7	164	†
2003	722	20	228	36	9	141	4

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1985–2003.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

† Nombre supprimé à cause de la petite taille des cellules.

TABLEAU F1.B **Taux de mortinaissance et de mort néonatale, selon le poids à la naissance et la cause, y compris celles qui sont attribuables à des anomalies congénitales (AC) ou à une interruption de grossesse (IG)***

*Canada (à l'excusion de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador)**, 1985–2003**

Année de la naissance	Naissances vivantes de <500 g pour 10 000 naissances vivantes	Mortinaissances de <500 g pour 100 mortinaissances	Mortinaissances de <500 g attribuables à une AC en pourcentage des mortinaissances de <500 g	Mortinaissances de <500 g attribuables à une AC ou à une IG en pourcentage des mortinaissances de <500 g
1985	4,1	12,8	9,9	11,6
1986	5,0	12,3	14,1	15,3
1987	4,5	13,1	9,4	10,0
1988	4,5	17,4	14,2	14,7
1989	3,9	14,8	13,4	14,9
1990	7,2	15,7	10,5	11,0
1991	5,9	18,8	11,3	14,4
1992	5,5	19,6	15,3	15,7
1993	6,6	18,1	16,6	17,1
1994	6,4	16,2	24,1	25,1
1995	8,2	21,7	23,2	27,3
1996	8,5	18,7	20,3	27,4
1997	9,2	19,8	18,9	28,8
1998	7,7	22,8	14,9	26,0
1999	9,1	23,5	24,9	35,2
2000	9,0	20,6	7,5	26,8
2001	10,1	17,2	12,6	40,4
2002	11,4	28,4	10,6	41,9
2003	12,4	29,2	9,9	40,4

TABLEAU FI.B (suite)

Année de la naissance	Morts néonatales pour 1 000 naissances vivantes	Morts néonatales de <500 g pour 100 morts néonatales	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC en pourcentage des morts néonatales de <500 g	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC ou à une IG en pourcentage des morts néonatales de <500 g	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC pour 100 000 naissances vivantes	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC ou à une IG pour 100 000 naissances vivantes	Morts néonatales de ≥500 g attribuables à une AC pour 100 000 naissances vivantes	Morts néonatales de ≥500 g attribuables à une AC ou à une IG pour 100 000 naissances vivantes
1985	5,2	7,2	2,4	3,6	0,9	1,3	170,7	170,7
1986	5,3	9,6	1,8	1,8	0,9	0,9	172,1	173,0
1987	4,8	8,6	5,6	5,6	2,2	2,2	156,3	156,3
1988	4,6	9,5	3,1	3,1	1,3	1,3	159,7	159,7
1989	4,6	8,5	3,4	3,4	1,3	1,3	143,4	143,8
1990	4,6	14,2	5,8	5,8	3,6	3,6	159,4	159,4
1991	3,9	15,2	6,6	7,3	3,7	4,1	127,2	127,6
1992	3,9	13,3	6,6	6,6	3,3	3,3	138,2	138,2
1993	4,0	15,7	2,8	2,8	1,7	1,7	126,5	126,5
1994	4,2	14,9	9,4	10,1	5,6	6,0	135,9	136,4
1995	4,1	18,7	5,3	6,4	4,0	4,9	131,9	132,3
1996	3,8	21,0	9,5	11,2	7,3	8,6	108,9	111,6
1997	3,9	22,6	5,0	6,1	4,3	5,2	112,8	115,1
1998	3,7	19,7	14,1	20,8	10,3	15,1	108,9	113,3
1999	3,5	24,9	15,6	17,9	13,4	15,4	88,0	90,5
2000	3,4	25,6	10,6	28,2	9,2	24,5	77,7	84,9
2001	3,7	26,1	15,0	24,6	14,2	23,3	88,2	92,2
2002	3,8	28,6	15,7	19,0	16,9	20,4	83,8	84,9
2003	3,6	32,5	15,8	19,7	18,0	22,5	70,6	72,6

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1985–2003.

* Tous les taux selon le poids à la naissance excluent les naissances dont le poids à la naissance est manquant.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

TABLEAU F2.A Taux de mortinaissance selon l'âge gestationnel et taux de mort néonatale, selon l'âge gestationnel pour 1 000 fœtus à risque*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2003*

Âge gestationnel (semaines)	Naissances vivantes	Mortinaissances	Morts néonatales	Fœtus à risque	Mortinaissances pour 1 000 fœtus à risque	Morts néonatales pour 1 000 fœtus à risque
<24	367	447	329	204 612	2,18	1,61
24	111	48	60	203 798	0,24	0,29
25	140	30	35	203 639	0,15	0,17
26	156	30	23	203 469	0,15	0,11
27	204	40	23	203 283	0,20	0,11
28	230	19	17	203 039	0,10	0,08
29	270	34	11	202 790	0,17	0,05
30	396	26	14	202 486	0,13	0,07
31	527	30	6	202 064	0,15	0,03
32	754	38	10	201 507	0,19	0,05
33	1 088	40	11	200 715	0,20	0,05
34	1 936	40	21	199 587	0,20	0,11
35	3 142	36	19	197 611	0,18	0,10
36	6 705	55	20	194 433	0,28	0,10
37	13 780	72	20	187 673	0,38	0,11
38	34 039	64	32	173 821	0,37	0,18
39	49 103	54	31	139 718	0,39	0,22
40	59 283	58	29	90 561	0,64	0,32
41	29 322	19	16	31 220	0,61	0,51
42+	1 875	4	0	1 879	2,13	0,00
Non disponible	863	14	12	(–)	16,0	13,9
TOTAL	**204 291**	**1 198**	**739**	**(–)**	**5,8**	**3,6**

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 2003.

* Le numérateur du taux de mortinaissance/mort néonatale selon l'âge gestationnel était le nombre de mortinaissances/morts néonatales à n'importe quel âge gestationnel tandis que le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de mortinaissance/mort néonatale au même âge gestationnel (c'est ce qu'on appelle communément l'approche des fœtus à risque).

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

TABLEAU F2.B Taux de mortinaissance selon l'âge gestationnel et taux de mort néonatale, selon l'âge gestationnel pour 1 000 fœtus à risque*

Angleterre, Pays de Galles et Irlande du Nord, 2005

Âge gestationnel (semaines)	Naissances vivantes	Mortinaissances	Morts néonatales	Fœtus à risque	Mortinaissances pour 1 000 fœtus à risque	Morts néonatales pour 1 000 fœtus à risque
<24	600	0	655	642 085	0,00	1,02
24	600	324	254	641 485	0,51	0,40
25	600	246	139	640 561	0,38	0,22
26	800	215	124	639 715	0,34	0,19
27	900	204	73	638 700	0,32	0,11
28	1 000	166	80	637 596	0,26	0,13
29	1 200	141	50	636 430	0,22	0,08
30	1 400	147	46	635 089	0,23	0,07
31	1 900	125	51	633 542	0,20	0,08
32	2 600	145	43	631 517	0,23	0,07
33	3 600	153	44	628 772	0,24	0,07
34	5 900	149	53	625 019	0,24	0,08
35	9 000	184	53	618 970	0,30	0,09
36	17 000	205	71	609 786	0,34	0,12
37	35 900	218	79	592 581	0,37	0,13
38	87 600	238	123	556 463	0,43	0,22
39	136 900	236	116	468 625	0,50	0,25
40	181 900	246	123	331 489	0,74	0,37
41	121 300	214	97	149 343	1,43	0,65
42+	27 800	29	18	27 829	1,04	0,65
Non disponible	200	91	64	(–)	312,7	320,0
TOTAL	**638 700**	**3 676**	**2 356**	**(–)**	**5,7**	**3,5**

Sources : Enquête confidentielle sur la santé maternelle et infantile (CEMACH). *Perinatal mortality 2005: England Wales and Northern Ireland.* Londres : CEMACH; 2007.

* Le numérateur du taux de mortinaissance/mort néonatale selon l'âge gestationnel était le nombre de mortinaissances/morts néonatales à n'importe quel âge gestationnel tandis que le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de mortinaissance/mort néonatale au même âge gestationnel (c'est ce qu'on appelle communément l'approche des fœtus à risque).

TABLEAU F2.C Taux de mortinaissance et de mort néonatale, selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2003, et Angleterre, Pays de Galles et Irlande du Nord, 2005*

Indice	Canada				
	Naissances vivantes	Mortinaissances	Morts néonatales	Mortinaissances pour 1 000 naissances totales (IC à 95 %)	Morts néonatales pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 %)
Tous	204 291	1 198	739	5,8 (5,5–6,2)	3,6 (3,4–3,9)
Poids à la naissance ≥1 000 g	203 307	611	279	3,0 (2,8–3,2)	1,4 (1,2–1,5)
Âge gestationnel ≥28 semaines	203 313	603	269	3,0 (2,7–3,2)	1,3 (1,2–1,5)

Indice	Angleterre, Pays de Galles et Irlande du Nord				
	Naissances vivantes	Mortinaissances	Morts néonatales	Mortinaissances pour 1 000 naissances totales (IC à 95 %)	Morts néonatales pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 %)
Tous	668 497	3 676	2 356	5,5 (5,3–5,6)	3,5 (3,4–3,7)
Poids à la naissance ≥1 000 g	665 157	2 495	1 125	3,7 (3,6–3,9)	1,7 (1,6–1,8)
Âge gestationnel ≥28 semaines	635 200	2 687	1 111	4,2 (4,1–4,4)	1,7 (1,6–1,9)

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 2003.
Enquête confidentielle sur la santé maternelle et infantile (CEMACH). *Perinatal mortality 2005: England, Wales and Northern Ireland.* Londres : CEMACH; 2007.
* Les taux selon le poids à la naissance excluent les naissances de <1 000 g et les taux selon l'âge gestationnel excluent celles de <28 semaines.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU F3.A Taux de mortalité infantile brut, selon la cohorte de naissance et le poids à la naissance*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1991–2003*

Année	Nombre de naissances vivantes	Nombre de naissances vivantes de <500 g	Nombre de naissances vivantes de ≥500 g	Nombre de naissances vivantes de ≥1 000 g	Nombre de naissances vivantes dont le poids à la naissance manque
1991	250 848	151	249 552	248 776	1 145
1992	247 898	136	246 759	246 015	1 003
1993	240 468	160	240 062	239 319	246
1994	238 069	152	237 562	236 732	355
1995	231 813	187	231 336	230 597	290
1996	226 180	191	224 614	223 855	1 375
1997	215 588	196	215 202	214 409	190
1998	209 795	161	209 355	208 610	279
1999	206 169	187	205 831	205 122	151
2000	200 476	178	200 241	199 531	57
2001	202 039	203	201 759	201 051	77
2002	200 287	227	199 200	198 491	860
2003	204 279	251	203 184	202 451	844

Année	Toutes les morts infantiles	Morts infantiles de <500 g	Morts infantiles de ≥500 g	Morts infantiles de ≥1 000 g	Morts infantiles dont le poids à la naissance manque	Nombre de décès de nourr. non couplés	Taux de mortalité infantile brut pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile de ≥500 g (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile de ≥1 000 g (IC à 95 %)
1991	1 593	141	1 390	1 047	35	27	6,4 (6,1–6,7)	5,8 (5,5–6,1)	4,4 (4,2– 4,7)
1992	1 580	125	1 410	1 114	20	25	6,4 (6,1–6,7)	5,9 (5,6–6,2)	4,7 (4,4–5,0)
1993	1 487	149	1 306	968	8	24	6,2 (5,9–6,5)	5,6 (5,3–5,9)	4,2 (3,9–4,4)
1994	1 508	145	1 309	940	25	29	6,4 (6,1–6,7)	5,7 (5,4–6,0)	4,2 (3,9–4,5)
1995	1 415	174	1 215	919	13	13	6,1 (5,8–6,4)	5,4 (5,1–5,7)	4,1 (3,8–4,4)
1996	1 226	176	1 011	740	24	15	5,4 (5,1–5,7)	4,6 (4,4–4,9)	3,5 (3,2–3,7)
1997	1 192	182	976	692	13	21	5,5 (5,2–5,9)	4,7 (4,4–5,0)	3,4 (3,1–3,6)
1998	1 169	153	999	705	5	12	5,6 (5,3–5,9)	4,8 (4,6–5,1)	3,5 (3,2–3,7)
1999	1 082	178	888	637	9	7	5,2 (4,9–5,6)	4,4 (4,1–4,7)	3,2 (2,9–3,4)
2000	1 003	172	819	575	6	6	5,0 (4,7–5,3)	4,1 (3,9–4,4)	2,9 (2,7–3,2)
2001	1 042	190	831	552	8	13	5,2 (4,9–5,5)	4,2 (3,2–4,5)	2,8 (2,6–3,1)
2002	1 060	215	824	554	9	12	5,3 (5,0–5,6)	4,2 (3,9–4,5)	2,9 (2,7–3,1)
2003	995	233	736	488	14	12	4,9 (4,6–5,2)	3,7 (3,5–4,0)	2,5 (2,3–2,8)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles. 1991–2003.

* Les taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance incluent les morts de nourrissons dont le poids à la naissance manquait et les morts de nourrissons non reliées.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU F3.B Taux de mortalité infantile brut, selon la cohorte de naissance, le poids à la naissance et la province/le territoire*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2001–2003*

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes	Nombre de naissances vivantes de <500 g	Nombre de naissances vivantes de ≥500 g	Nombre de naissances vivantes de ≥1 000 g	Nombre de naissances vivantes dont le poids à la naissance était manquant
Terre-Neuve-et-Labrador	13 996	11	13 932	13 892	53
Île-du-Prince-Édouard	4 125	8	4 117	4 107	0
Nouvelle-Écosse	26 229	38	26 185	26 091	6
Nouveau-Brunswick	21 358	13	21 344	21 270	1
Québec	220 086	238	218 332	217 577	1 516
Manitoba	41 830	52	41 774	41 620	4
Saskatchewan	36 076	25	36 045	35 920	6
Alberta	116 597	170	116 423	115 955	4
Colombie-Britannique	121 137	116	120 850	120 434	171
Yukon	1 018	3	1 015	1 009	0
Territoires du Nord-Ouest	1 951	6	1 935	1 934	10
Nunavut	2 194	1	2 185	2 178	8
Inconnu	8	0	6	6	2
CANADA	**606 605**	**681**	**604 143**	**601 993**	**1 781**

Province/territoire	Toutes les morts infantiles	Morts infantiles de <500 g	Morts infantiles de ≥500 g	Morts infantiles de ≥1 000 g	Morts infantiles dont le poids à la naissance était manquant	Nombre de décès de nourrissons non couplés
Terre-Neuve-et-Labrador	69	9	51	41	1	8
Île-du-Prince-Édouard	18	8	10	7	0	0
Nouvelle-Écosse	136	37	98	65	1	0
Nouveau-Brunswick	84	12	72	44	0	0
Québec	956	227	713	442	10	6
Manitoba	300	49	246	172	2	3
Saskatchewan	218	21	190	127	0	7
Alberta	733	164	567	376	2	0
Colombie-Britannique	529	103	403	283	14	9
Yukon	8	2	6	4	0	0
Territoires du Nord-Ouest	16	6	7	7	0	3
Nunavut	30	0	28	26	1	1
Inconnu	0	0	0		0	0
CANADA	**3 097**	**638**	**2 391**	**1 594**	**31**	**37**

TABLEAU F3.B (suite)

Province/territoire	Taux de mortalité infantile brut pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile de ≥500 g (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile de ≥1 000 g (IC à 95 %)
Terre-Neuve-et-Labrador	4,9 (3,8–6,2)	4,3 (3,3–5,5)	3,6 (2,7–4,7)
Île-du-Prince-Édouard	4,4 (2,6–6,9)	2,4 (1,2–4,5)	1,7 (0,7–3,5)
Nouvelle-Écosse	5,2 (4,4–6,1)	3,8 (3,1–4,6)	2,5 (1,9–3,1)
Nouveau-Brunswick	3,9 (3,1–4,9)	3,4 (2,6–4,2)	2,1 (1,5–2,8)
Québec	4,3 (4,1–4,6)	3,3 (3,1–3,6)	2,1 (1,9–2,3)
Manitoba	7,2 (6,4–8,0)	6,0 (5,3–6,8)	4,3 (3,7–4,9)
Saskatchewan	6,0 (5,3–6,9)	5,5 (4,7–6,3)	3,7 (3,1–4,4)
Alberta	6,3 (5,8–6,8)	4,9 (4,5–5,3)	3,3 (2,9–3,6)
Colombie-Britannique	4,4 (4,0–4,7)	3,5 (3,2–3,9)	2,5 (2,3–2,8)
Yukon	7,9 (3,4–15,4)	5,9 (2,2–12,8)	4,0 (1,1–10,1)
Territoires du Nord-Ouest	8,2 (4,7–13,3)	5,1 (2,5–9,4)	5,1 (2,5–9,4)
Nunavut	13,7 (9,2–19,5)	13,7 (9,2–19,5)	12,8 (8,5–18,5)
Inconnu	0,0 (–)	0,0 (–)	0,0 (–)
CANADA	**5,1 (4,9–5,3)**	**4,1 (3,9–4,2)**	**2,8 (2,7–2,8)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1991–2003.
* Le taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance inclut les morts de nourrissons dont le poids à la naissance était manquant et les décès de nourrissons non couplés.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU F.4 Taux de naissances vivantes de <500 g* et de mort néonatale de <500 g attribuable à des anomalies congénitales (AC) ou à une interruption de grossesse (IG)

*Alberta et le reste du Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2000–2003*

Année de la naissance	Alberta				
	Naissances vivantes*	Naissances vivantes de <500 g	Naissances vivantes de <500 g pour 10 000 naissances vivantes (IC à 95 %)	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC ou une IG	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC ou une IG pour 100 000 naissances vivantes
2000	37 005	48	13,0 (9,6–17,2)	16	43,2 (24,7–70,2)
2001	37 617	43	11,4 (8,3–15,4)	16	42,5 (24,3–69,1)
2002	38 691	62	16,0 (12,3–20,5)	13	33,6 (17,9–57,5)
2003	40 285	65	16,1 (12,5–20,6)	16	39,7 (22,7–64,5)

Année de la naissance	Reste du Canada				
	Naissances vivantes*	Naissances vivantes de <500 g	Naissances vivantes de <500 g pour 10 000 naissances vivantes (IC à 95 %)	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC ou une IG	Morts néonatales de <500 g attribuables à une AC ou une IG pour 100 000 naissances vivantes
2000	163 414	130	8,0 (6,7–9,5)	33	20,2 (13,9–28,6)
2001	164 345	160	9,7 (8,3–11,4)	30	18,3 (12,7–27,0)
2002	160 736	165	10,3 (8,8–12,0)	28	17,4 (11,4–25,2)
2003	163 150	186	11,4 (9,9–13,3)	29	17,8 (12,2–26,3)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 2000–2003.
* Exception faite de ceux dont le poids à la naissance est manquant.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU F5 Taux de naissance et de mort fœto-infantile, selon l'âge gestationnel et le groupe démographique*

Québec, 1995–1997

Âge gestationnel (semaines)	Français					Indien de l'Amérique du Nord		Inuit	
	Mortinaissances et naissances vivantes	Morts fœtales et infantiles	Fœtus à risque	Naissances pour 1 000 fœtus à risque	Morts fœto-infantiles pour 1 000 fœtus à risque	Naissances pour 1 000 fœtus à risque	Morts fœto-infantiles pour 1 000 fœtus à risque*	Naissances pour 1 000 fœtus à risque	Morts fœto-infantiles pour 1 000 fœtus à risque*
<20	66	66	656 824	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
20	122	116	656 758	0,2	0,2	0,2	0,6	0,0	0,4
21	160	157	656 636	0,2	0,2	0,2	0,6	0,0	1,6
22	301	298	656 476	0,5	0,5	0,2	0,6	0,4	2,3
23	408	394	656 175	0,6	0,6	0,2	1,0	1,2	3,1
24	432	329	655 767	0,7	0,5	0,6	1,3	0,8	4,3
25	444	256	655 335	0,7	0,4	0,6	1,3	1,9	4,3
26	506	190	654 891	0,8	0,3	1,1	1,7	2,3	3,1
27	613	172	654 385	0,9	0,3	0,2	1,7	1,6	1,6
28	692	165	653 772	1,1	0,3	1,3	2,1	1,2	1,6
29	857	160	653 080	1,3	0,2	0,8	1,5	2,0	2,0
30	1 115	164	652 223	1,7	0,3	1,2	1,9	1,2	2,4
31	1 348	144	651 108	2,1	0,2	1,0	1,7	2,8	2,4
32	2 221	176	649 760	3,4	0,3	3,8	2,3	8,7	2,4
33	3 147	205	647 539	4,9	0,3	4,2	2,5	6,0	2,8
34	5 734	233	644 392	8,9	0,4	6,0	2,9	6,4	4,0
35	9 609	224	638 658	15,0	0,4	14,4	3,1	20,9	5,6
36	20 848	317	629 049	33,1	0,5	33,0	3,6	56,7	8,6
37	44 028	381	608 201	72,4	0,6	77,5	5,9	122,9	9,6
38	109 225	489	564 173	193,6	0,9	216,9	7,1	254,3	11,4
39	163 720	495	454 948	359,9	1,1	417,6	7,6	435,7	10,0
40	192 168	517	291 228	659,9	1,8	684,0	6,3	737,9	13,0
41	89 424	266	99 060	902,7	2,7	832,3	6,2	842,3	22,5
42+	9 636	31	9 636	1 000,0	3,2	1 000,0	9,2	1 000,0	57,1
Non disponible	5 402	94	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)
TOTAL	**662 226**	**6 039**	**656 824**	**1 000,0**	**9,1**	**1 000,0**	**17,2**	**1 000,0**	**27,0**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1995–1997.

* Le numérateur du taux de naissance/mortalité fœto-infantile selon l'âge gestationnel était le nombre de naissances/morts fœto-infantiles de n'importe quel âge gestationnel, tandis que le dénominateur était le nombre de fœtus à risque de naissance au même âge gestationnel (c'est ce qu'on appelle communément l'approche des fœtus à risque). Nous avons cumulé le taux de mort fœto-infantile sur trois semaines de gestation afin de stabiliser les taux. En raison des petits nombres, on n'a pas tenu compte des naissances et des morts chez les Indiens de l'Amérique du Nord (5 242 naissances totales) et chez les Inuits (2 577 naissances totales).

TABLEAU F6 Taux de mort infantile non reliée*

*Ontario et Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve-et-Labrador)**, 1985–2003*

Année de la naissance	Naissances vivantes (Canada**)	Naissances vivantes (Ontario)	Décès de nourrissons non couplés (Canada**)	Décès de nourrissons non couplés (Ontario)	Décès de nourrissons non couplés pour 1 000 naissances vivantes (Canada**)	Décès de nourrissons non couplés pour 1 000 naissances vivantes (Ontario)
1985	234 862	132 539	43	122	0,2	0,9
1986	230 642	134 009	38	164	0,2	1,2
1987	227 077	134 972	38	173	0,2	1,3
1988	230 992	139 023	39	229	0,2	1,6
1989	239 261	145 720	39	268	0,2	1,8
1990	246 582	150 806	40	274	0,2	1,8
1991	243 682	150 504	22	205	0,1	1,4
1992	240 980	150 547	25	183	0,1	1,2
1993	234 046	147 818	24	173	0,1	1,2
1994	231 729	147 695	28	207	0,1	1,4
1995	225 953	146 463	12	220	0,1	1,5
1996	220 430	140 195	12	214	0,1	1,5
1997	210 172	133 003	18	194	0,1	1,5
1998	204 801	132 614	10	195	0,0	1,5
1999	201 114	131 080	6	202	0,0	1,5
2000	195 607	127 408	6	223	0,0	1,8
2001	197 323	131 709	10	228	0,1	1,7
2002	195 636	128 600	9	226	0,0	1,8
2003	199 650	130 927	10	295	0,1	2,3

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1985–2003.

* Les décès infantiles non reliés représentent des enregistrements de décès infantiles pour lesquels on n'a pas pu trouver d'enregistrement correspondant de la naissance.

** Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

TABLEAU F7 Naissances vivantes à hypotrophie néonatale, prématurées et de faible poids à la naissance (<2 500 g)*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	Naissances vivantes	Naissances vivantes simples	Naissances vivantes simples avec hypotrophie	Naissances vivantes avec hypotrophie pour 100 naissances vivantes	Naissances prématurées de <37 semaines	Naissances prématurées pour 100 naissances vivantes	Naissances vivantes de faible poids à la naissance	Naissances vivantes de faible poids à la naissance pour 100 naissances vivantes
1995	231 436	224 864	22 704	10,1	16 125	7,0	13 231	5,7
1996	224 520	218 246	20 726	9,5	15 892	7,1	12 663	5,6
1997	214 414	207 926	19 783	9,5	15 174	7,1	12 373	5,8
1998	209 629	204 004	18 649	9,1	15 009	7,2	11 998	5,7
1999	206 004	200 486	16 904	8,4	15 213	7,4	11 313	5,5
2000	200 358	194 919	15 354	7,9	15 291	7,6	11 009	5,5
2001	201 068	194 524	15 634	8,0	15 110	7,5	11 100	5,5
2002	199 435	193 071	15 521	8,0	15 140	7,6	11 211	5,6
2003	203 422	196 624	15 471	7,9	16 022	7,9	11 631	5,7
2004	203 565	196 472	15 283	7,8	16 681	8,2	11 999	5,9

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

* Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance étaient inconnus, dont l'âge gestationnel n'atteignait pas 22 semaines ou dépassait 43 semaines, ainsi que les naissances multiples.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

TABLEAU F8 Taux de naissance vivante, selon l'âge chez les femmes de 20 à 44 ans

Canada, 1962, 1982 et 2004

Année de naissance	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–44 ans
1962	232,4	215,6	143,4	77,0	27,5
1982	91,1	120,9	67,5	19,9	3,1
2004	51,0	97,4	95,8	40,1	6,9

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances, 1962, 1982 et 2004.

TABLEAU F9 Tendances temporelles des taux de naissances multiples*, y compris les mortinaissances et les naissances vivantes

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador)**, 1985–2004*

Année	Nombre de naissances simples	Nombre de naissances de jumeaux	Nombre de naissances de triplets et plus	Nombre total de naissances	Naissances de jumeaux pour 1 000 naissances totales	Naissance de triplets et plus pour 100 000 naissances totales
1985	231 740	4 549	99	236 388	19,2	41,9
1986	227 785	4 402	101	232 288	19,0	43,5
1987	223 897	4 654	134	228 685	20,4	58,6
1988	227 698	4 722	120	232 540	20,3	51,6
1989	236 101	4 782	97	240 980	19,8	40,3
1990	243 190	5 005	132	248 327	20,2	53,2
1991	240 223	4 975	133	245 331	20,3	54,2
1992	237 390	5 018	129	242 537	20,7	53,2
1993	230 347	4 899	202	235 448	20,8	85,8
1994	227 885	4 992	144	233 021	21,4	61,8
1995	222 147	4 970	120	227 237	21,9	52,8
1996	216 537	4 954	145	221 636	22,4	65,4
1997	206 229	4 956	221	211 406	23,4	104,5
1998	200 612	5 087	200	205 899	24,7	97,1
1999	196 976	5 125	198	202 299	25,3	97,9
2000	191 481	5 089	171	196 741	25,9	86,9
2001	192 971	5 321	196	198 488	26,8	98,7
2002	191 296	5 279	211	196 786	26,8	107,2
2003	194 832	5 748	226	200 806	28,6	112,5
2004	195 225	5 781	232	201 238	28,7	115,3

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1985–2004.
* Les naissances de triplets comprennent les naissances de triplets et les naissances multiples plus nombreuses.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas disponibles à l'échelon national avant 1991.

Annexe G

Tableaux de données pour les figures présentées dans les sections A et B

Estimations des naissances vivantes et de la population féminine

Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

Comportements et habitudes

Services de santé

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

Répercussions sur la santé maternelle

Répercussions sur la santé fœtale et infantile

Estimations des naissances vivantes et de la population féminine

TABLEAU G1.A Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	10–14 ans	15–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–44 ans	45–49 ans	Total
1995	182	5 124	10 535	48 008	75 803	66 240	22 634	3 088	107	231 721
1996	176	4 786	9 844	46 188	73 433	64 339	23 896	3 383	121	226 166
1997	170	4 422	9 212	43 762	69 586	60 756	24 047	3 517	113	215 585
1998	153	4 343	9 160	42 954	67 078	58 149	24 118	3 609	119	209 683
1999	142	4 079	8 890	42 016	65 466	56 630	24 915	3 867	136	206 141
2000	111	3 664	8 369	40 621	63 712	54 840	24 855	4 138	128	200 438
2001	90	3 443	7 942	39 768	64 016	57 095	25 228	4 288	150	202 020
2002	100	3 089	7 569	38 982	63 390	57 384	25 131	4 470	148	200 263
2003	82	2 900	7 242	38 655	65 330	59 100	26 030	4 731	195	204 265
2004	90	2 879	6 875	37 571	65 470	60 055	26 335	5 007	218	204 500

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont on ne connaît pas l'âge de la mère.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G1.B Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère* et selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*

Province/territoire	10–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans	Total
Terre-Neuve-et-Labrador	95	199	906	1 344	1 378	478	88	4 488
Île-du-Prince-Édouard	25	58	263	446	390	172	36	1 390
Nouvelle-Écosse	140	308	1 698	2 612	2 640	1 146	189	8 733
Nouveau-Brunswick	122	291	1 565	2 309	1 885	680	107	6 959
Québec	544	1 786	12 603	26 231	22 120	9 096	1 688	74 068
Manitoba	443	775	3 002	4 211	3 614	1 477	289	13 811
Saskatchewan	423	794	2 981	3 862	2 683	1 023	215	11 981
Alberta	618	1 504	7 961	12 903	11 803	4 991	996	40 776
Colombie-Britannique	435	989	6 109	11 086	13 176	7 102	1 587	40 484
Yukon	10	17	87	96	102	43	10	365
Territoires du Nord-Ouest	27	59	159	195	167	76	15	698
Nunavut	87	95	237	175	97	51	5	747
CANADA	**2 969**	**6 875**	**37 571**	**65 470**	**60 055**	**26 335**	**5 225**	**204 500**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont on ne connaît pas l'âge de la mère.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G2.A Nombre de femmes, selon l'âge

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	10–14 ans	15–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–44 ans	45–49 ans
1995	618 739	371 099	245 807	613 042	660 886	800 021	808 068	730 176	645 407
1996	617 381	378 659	248 304	615 777	653 065	780 379	819 053	750 562	667 627
1997	615 925	380 810	250 009	619 314	645 349	755 743	822 862	773 900	677 740
1998	613 631	379 389	255 075	621 555	637 583	723 956	824 420	791 830	691 505
1999	613 165	377 967	258 805	628 935	630 855	694 955	821 222	803 644	710 513
2000	617 659	378 255	257 905	636 691	624 966	672 706	810 941	812 849	731 875
2001	622 443	379 316	256 659	647 154	621 523	662 447	788 976	822 486	751 017
2002	627 817	376 776	258 805	656 377	628 434	658 190	763 606	825 772	772 513
2003	630 099	373 361	259 174	664 507	637 685	654 870	734 287	828 485	789 926
2004	626 871	373 748	258 586	671 750	651 910	653 406	709 169	828 169	802 650

Source : Estimations de la population 0–90+juillet Canada—Provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

TABLEAU G2.B Nombre de femmes, selon l'âge et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	10–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans
Terre-Neuve-et-Labrador	25 715	7 349	17 950	15 577	17 462	20 450	44 125
Île-du-Prince-Édouard	7 745	2 071	4 810	4 280	4 430	4 663	11 085
Nouvelle-Écosse	47 459	12 542	31 272	29 240	31 319	34 191	79 224
Nouveau-Brunswick	37 035	9 983	24 695	23 897	25 283	27 581	63 156
Québec	368 740	90 800	249 108	253 080	240 746	271 524	639 005
Manitoba	66 071	16 589	39 934	38 108	37 758	39 424	90 030
Saskatchewan	58 422	15 265	35 649	30 864	29 253	31 360	76 115
Alberta	175 195	46 102	119 803	117 432	114 967	117 474	265 879
Colombie-Britannique	207 121	56 173	144 596	135 514	148 017	158 363	354 272
Yukon	1 735	512	1 058	993	1 111	1 254	3 149
Territoires du Nord-Ouest	2 865	641	1 656	1 662	1 831	1 873	3 330
Nunavut	2 516	559	1 219	1 263	1 229	1 012	1 449
CANADA	**1 000 619**	**258 586**	**671 750**	**651 910**	**653 406**	**709 169**	**1 630 819**

Source : Estimations de la population 0–90+juillet Canada—Provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

TABLEAU G3.A Proportion (%) de naissances vivantes, selon l'âge de la mère*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	10–14 ans	15–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–44 ans	45–49 ans	10–19 ans	35–49 ans
1995	0,08	2,21	4,55	20,72	32,71	28,59	9,77	1,33	0,05	6,84	11,15
1996	0,08	2,12	4,35	20,42	32,47	28,45	10,57	1,50	0,05	6,55	12,11
1997	0,08	2,05	4,27	20,30	32,28	28,18	11,15	1,63	0,05	6,40	12,84
1998	0,07	2,07	4,37	20,49	31,99	27,73	11,50	1,72	0,06	6,51	13,28
1999	0,07	1,98	4,31	20,38	31,76	27,47	12,09	1,88	0,07	6,36	14,03
2000	0,06	1,83	4,18	20,27	31,79	27,36	12,40	2,06	0,06	6,06	14,53
2001	0,04	1,70	3,93	19,69	31,69	28,26	12,49	2,12	0,07	5,68	14,68
2002	0,05	1,54	3,78	19,47	31,65	28,65	12,55	2,23	0,07	5,37	14,85
2003	0,04	1,42	3,55	18,92	31,98	28,93	12,74	2,32	0,10	5,01	15,15
2004	0,04	1,41	3,36	18,37	32,01	29,37	12,88	2,45	0,11	4,81	15,43

Source : Estimations de la population 0–90+juillet Canada—Provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G3.B Proportion (%) de naissances vivantes, selon l'âge de la mère* et selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*

Province/territoire	10–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans	10–19 ans	35–49 ans
Terre-Neuve-et-Labrador	2,12	4,43	20,19	29,95	30,70	10,65	1,96	6,55	12,61
Île-du-Prince-Édouard	1,80	4,17	18,92	32,09	28,06	12,37	2,59	5,97	14,96
Nouvelle-Écosse	1,60	3,53	19,44	29,91	30,23	13,12	2,16	5,13	15,29
Nouveau-Brunswick	1,75	4,18	22,49	33,18	27,09	9,77	1,54	5,93	11,31
Québec	0,73	2,41	17,02	35,41	29,86	12,28	2,28	3,15	14,56
Manitoba	3,21	5,61	21,74	30,49	26,17	10,69	2,09	8,82	12,79
Saskatchewan	3,53	6,63	24,88	32,23	22,39	8,54	1,79	10,16	10,33
Alberta	1,52	3,69	19,52	31,64	28,95	12,24	2,44	5,20	14,68
Colombie-Britannique	1,07	2,44	15,09	27,38	32,55	17,54	3,92	3,52	21,46
Yukon	2,74	4,66	23,84	26,30	27,95	11,78	2,74	7,40	14,52
Territoires du Nord-Ouest	3,87	8,45	22,78	27,94	23,93	10,89	2,15	12,32	13,04
Nunavut	11,65	12,72	31,73	23,43	12,99	6,83	0,67	24,36	7,50
CANADA	**1,45**	**3,36**	**18,37**	**32,01**	**29,37**	**12,88**	**2,56**	**4,81**	**15,43**

Source : Estimations de la population 0–90+juillet Canada—Provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G4.A Taux de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, pour 1 000 femmes*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	10–14 ans	15–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–44 ans	45–49 ans	10–19 ans	35–49 ans
1995	0,29	13,81	42,86	78,31	114,70	82,80	28,01	4,23	0,17	12,82	11,83
1996	0,29	12,64	39,64	75,01	112,44	82,45	29,18	4,51	0,18	11,90	12,25
1997	0,28	11,61	36,85	70,66	107,83	80,39	29,22	4,54	0,17	11,07	12,17
1998	0,25	11,45	35,91	69,11	105,21	80,32	29,25	4,56	0,17	10,94	12,07
1999	0,23	10,79	34,35	66,80	103,77	81,49	30,34	4,81	0,19	10,49	12,38
2000	0,18	9,69	32,45	63,80	101,94	81,52	30,65	5,09	0,17	9,69	12,36
2001	0,14	9,08	30,94	61,45	103,00	86,19	31,98	5,21	0,20	9,12	12,56
2002	0,16	8,20	29,25	59,39	100,87	87,18	32,91	5,41	0,19	8,52	12,60
2003	0,13	7,77	27,94	58,17	102,45	90,25	35,45	5,71	0,25	8,10	13,16
2004	0,14	7,70	26,59	55,93	100,43	91,91	37,14	6,05	0,27	7,82	13,49

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Estimations de la population 0–90+juillet Canada—Provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G4.B Taux de naissances vivantes*, selon l'âge de la mère et selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*

Province/territoire	10–17 ans	18–19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans	10–19 ans	35–49 ans
Terre-Neuve-et-Labrador	3,69	27,08	50,47	86,28	78,91	23,37	1,99	8,89	8,77
Île-du-Prince-Édouard	3,23	28,01	54,68	104,21	88,04	36,89	3,25	8,46	13,21
Nouvelle-Écosse	2,95	24,56	54,30	89,33	84,29	33,52	2,39	7,47	11,77
Nouveau-Brunswick	3,29	29,15	63,37	96,62	74,56	24,65	1,69	8,78	8,67
Québec	1,48	19,67	50,59	103,65	91,88	33,50	2,64	5,07	11,84
Manitoba	6,70	46,72	75,17	110,50	95,71	37,46	3,21	14,74	13,64
Saskatchewan	7,24	52,01	83,62	125,13	91,72	32,62	2,82	16,52	11,52
Alberta	3,53	32,62	66,45	109,88	102,66	42,49	3,75	9,59	15,62
Colombie-Britannique	2,10	17,61	42,25	81,81	89,02	44,85	4,48	5,41	16,95
Yukon	5,76	33,20	82,23	96,68	91,81	34,29	3,18	12,02	12,04
Territoires du Nord-Ouest	9,42	92,04	96,01	117,33	91,21	40,58	4,50	24,53	17,49
Nunavut	34,58	169,95	194,42	138,56	78,93	50,40	3,45	59,19	22,75
CANADA	**2,97**	**26,59**	**55,93**	**100,43**	**91,91**	**37,14**	**3,20**	**7,82**	**13,49**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
Estimations de la population 0–90+juillet Canada—Provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

■ Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

TABLEAU G1.1A Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon l'âge de la mère
Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Âge de la mère (ans)	Mères* qui ont déclaré fumer au cours de la grossesse					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
15–19	49,4	(40,1–58,7)	43,8	(27,8–59,7)	37,2	(24,4–49,9)
20–24	33,5	(28,4–38,7)	33,5	(26,9–40,0)	28,0	(22,1–33,9)
25–29	19,5	(17,3–21,7)	21,4	(18,5–24,3)	21,5	(18,6–24,3)
30–34	16,1	(14,1–18,2)	13,7	(12,0–15,4)	13,0	(11,2–14,7)
35–39	13,7	(11,7–15,8)	13,2	(10,9–15,6)	8,8	(7,3–10,4)
≥40	14,0	(11,2–16,7)	11,9	(8,9–14,9)	9,0	(6,9–11,1)
Tous âges	**17,7**	**(16,6–18,8)**	**16,0**	**(14,8–17,1)**	**13,4**	**(12,4–14,4)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G1.1B Taux (%) de tabagisme de ≤10 et >10 cigarettes par jour chez les femmes enceintes*
Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Nombre de cigarettes	2000–2001**	2003**	2005**
≤10 cigarettes par jour	12,8	13,0	11,8
>10 cigarettes par jour	4,9	2,8	1,7

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête.
** Les dénominateurs excluent les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.

TABLEAU G1.2 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré fumer durant la grossesse					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	26,0	(18,3–33,8)	19,5	(12,3–26,8)	22,8	(16,8–28,8)
Île-du-Prince-Édouard	28,2	(21,6–34,9)	15,7	(8,8–22,6)	14,7	(7,9–21,5)
Nouvelle-Écosse	17,5	(12,7–22,3)	22,0	(16,0–27,9)	23,6	(17,7–29,6)
Nouveau-Brunswick	23,3	(17,7–28,9)	22,0	(15,3–28,7)	15,8	(10,6–20,9)
Québec	21,3	(18,3–24,2)	22,0	(18,8–25,2)	17,2	(14,5–20,0)
Ontario	14,1	(12,3–15,9)	12,2	(10,7–13,8)	10,3	(9,0–11,7)
Manitoba	21,5	(16,5–26,4)	21,4	(14,9–27,8)	15,1	(10,4–19,9)
Saskatchewan	27,8	(23,2–32,3)	23,6	(18,5–28,6)	20,5	(16,0–25,1)
Alberta	18,3	(15,1–21,6)	17,4	(12,8–21,9)	13,9	(10,8–17,0)
Colombie-Britannique	14,8	(12,3–17,2)	8,7	(6,4–11,1)	9,7	(7,4–12,0)
Yukon	22,8	(12,5–33,2)	22,3#	(7,0–37,5)	26,4	(9,4–43,4)
Territoires du Nord-Ouest	36,7	(29,3–44,0)	25,0	(13,0–37,0)	32,8	(22,0–43,6)
Nunavut	64,7	(55,8–73,6)	80,8	(74,4–87,2)	59,5	(43,4–75,5)
CANADA	**17,7**	**(16,6–18,8)**	**16,0**	**(14,8–17,1)**	**13,4**	**(12,4–14,4)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G2.1 Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire, selon l'âge de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Âge de la mère (ans)	Mères* qui ont déclaré avoir été exposées à la fumée secondaire durant la grossesse et peu après					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
15–19	63,2	(54,2–72,2)	55,9	(39,8–72,0)	41,9	(27,7–56,2)
20–24	39,9	(34,4–45,4)	35,2	(29,0–41,4)	33,3	(27,3–39,3)
25–29	26,5	(23,5–29,5)	24,5	(21,2–27,8)	22,3	(19,3–25,4)
30–34	19,7	(17,7–21,8)	15,3	(13,2–17,3)	12,9	(11,1–14,7)
35–39	18,1	(15,5–20,7)	13,5	(11,1–15,9)	9,2	(7,5–11,0)
≥40	16,1	(13,1–19,2)	11,8	(9,3–14,4)	9,7	(7,4–12,0)
Tous âges	**22,4**	**(21,1–23,7)**	**17,2**	**(16,0–18,5)**	**14,1**	**(13,1–15,1)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G2.2 Taux (%) d'exposition maternelle à la fumée secondaire seule et combinée au tabagisme durant la grossesse*

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Statut de fumeuse	2000–2001	2003	2005
Fumée secondaire seule	9,8	8,2	6,4
Fumée secondaire et tabagisme durant la grossesse	12,6	9,0	7,8
Total de l'exposition à la fumée secondaire**	**22,4**	**17,2**	**14,1**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
** Il se peut que les taux ne correspondent pas au total à cause de l'arrondissement.

TABLEAU G2.3 Taux d'exposition maternelle à la fumée secondaire, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré avoir été exposées à la fumée secondaire durant et après la grossesse					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	30,8	(22,7–39,0)	18,6	(11,9–25,2)	17,1	(10,6–23,5)
Île-du-Prince-Édouard	28,8	(20,9–36,7)	17,9	(10,2–25,6)	†	
Nouvelle-Écosse	28,4	(22,4–34,3)	22,3	(16,2–28,5)	22,3	(16,9–27,7)
Nouveau-Brunswick	28,5	(22,5–34,5)	23,9	(17,6–30,2)	15,3	(10,1–20,5)
Québec	27,1	(23,7–30,5)	20,4	(17,5–23,2)	17,8	(15,1–20,6)
Ontario	19,3	(17,2–21,3)	15,8	(13,6–17,9)	11,2	(9,8–12,7)
Manitoba	27,5	(21,4–33,7)	22,3	(15,7–28,8)	19,8	(14,1–25,5)
Saskatchewan	34,5	(29,6–39,4)	23,0	(18,1–28,0)	21,7	(17,2–26,3)
Alberta	22,0	(18,4–25,6)	19,7	(16,0–23,5)	15,9	(12,5–19,2)
Colombie-Britannique	14,5	(12,0–17,0)	7,6	(5,3–9,9)	8,9	(6,7–11,1)
Yukon	26,3	(13,0–39,7)	17,7	(6,6–28,8)	19,4#	(6,7–32,2)
Territoires du Nord-Ouest	32,1	(23,9–40,4)	38,5	(18,9–58,2)	34,7	(21,6–47,9)
Nunavut	37,6	(30,1–45,1)	52,9	(40,3–65,6)	35,2	(24,4–46,1)
CANADA	**22,4**	**(21,1–23,7)**	**17,2**	**(16,0–18,5)**	**14,1**	**(13,1–15,1)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
† Il n'y a pas d'estimation parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G3.1 Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse, selon l'âge de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Âge de la mère (ans)	Mères* qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant la grossesse					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
15–19	10,6	(5,4–15,9)	4,9#	(0,5–9,4)	15,7#	(2,9–28,4)
20–24	9,9	(6,8–13,0)	7,8	(4,4–11,2)	4,2	(2,3–6,2)
25–29	9,6	(7,5–11,8)	10,5	(8,1–12,9)	10,2	(7,9–12,5)
30–34	11,9	(10,0–13,8)	12,5	(10,5–14,6)	8,5	(6,9–10,0)
35–39	14,1	(11,8–16,4)	12,8	(10,6–15,0)	11,3	(9,4–13,2)
≥40	13,7	(11,0–16,4)	15,1	(12,2–18,0)	13,3	(10,8–15,9)
Tous âges	**12,2**	**(11,1–13,2)**	**12,4**	**(11,3–13,6)**	**10,5**	**(9,5–11,4)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G3.2 Taux de consommation d'alcool par la mère durant la grossesse, selon la province/région

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant la grossesse					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	4,9#	(1,5–8,2)	†		4,1#	(0,9–7,3)
Île-du-Prince-Édouard	†		†		†	
Nouvelle-Écosse	6,6	(3,7–9,4)	9,3	(5,2–13,3)	8,6	(4,4–12,9)
Nouveau-Brunswick	6,6	(3,4–9,9)	7,9	(3,8–12,0)	5,4#	(1,7–9,1)
Québec	22,4	(19,0–25,7)	26,9	(23,0–30,8)	17,7	(15,1–20,2)
Ontario	10,2	(8,7–11,7)	10,1	(8,5–11,7)	9,7	(8,1–11,4)
Manitoba	5,0	(2,3–7,6)	6,1	(3,1–9,0)	5,8	(3,1–8,4)
Saskatchewan	8,3	(5,0–11,6)	6,6	(4,0–9,2)	7,2	(4,0–10,4)
Alberta	7,9	(5,5–10,5)	5,5	(3,3–7,7)	5,9	(3,7–8,1)
Colombie-Britannique	10,3	(8,0–12,7)	9,5	(6,9–12,1)	8,9	(6,3–11,4)
Territoires	7,6	(5,0–10,3)	8,9	(3,4–14,5)	6,0	(2,8–9,2)
CANADA	**12,2**	**(11,1–13,2)**	**12,4**	**(11,3–13,6)**	**10,5**	**(9,5–11,4)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
Grande variabilité de l'échantillonnage.
† Il n'y a pas d'estimation parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G4.1 Taux de l'allaitement maternel, selon l'âge de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Âge de la mère (ans)	Mères* qui ont déclaré avoir commencé à allaiter					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
15–19	74,8	(66,1–83,4)	76,5	(64,7–88,3)	76,0	(65,6–86,4)
20–24	77,8	(73,8–81,7)	81,1	(77,4–84,9)	82,3	(77,5–87,0)
25–29	81,5	(79,1–83,8)	84,3	(82,1–86,6)	84,2	(81,9–86,5)
30–34	82,0	(79,9–84,2)	86,0	(83,9–88,1)	88,7	(87,0–90,3)
35–39	82,0	(79,1–84,9)	84,8	(81,3–88,2)	89,1	(87,0–91,2)
≥40	84,9	(80,8–89,1)	88,0	(84,0–92,0)	87,6	(83,3–91,9)
Tous âges	**81,6**	**(80,3–82,8)**	**84,9**	**(83,6–86,1)**	**87,0**	**(85,9–88,0)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G4.2 Taux d'initiation de l'allaitement maternel, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré avoir commencé à allaiter					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	58,0	(49,0–66,9)	63,9	(56,2–71,5)	62,3	(54,9–69,8)
Île-du-Prince-Édouard	68,9	(61,7–76,2)	76,6	(68,2–85,0)	72,1	(61,9–82,2)
Nouvelle-Écosse	78,4	(73,8–82,9)	76,1	(69,2–83,0)	75,1	(68,8–81,3)
Nouveau-Brunswick	67,6	(61,1–74,1)	64,1	(56,8–71,4)	77,0	(70,9–83,0)
Québec	72,6	(69,3–75,9)	76,3	(72,8–79,7)	82,2	(79,5–84,8)
Ontario	82,8	(80,5–85,1)	87,2	(85,3–89,2)	88,0	(86,2–89,9)
Manitoba	81,9	(76,2–87,6)	88,5	(84,8–92,2)	88,8	(84,1–93,5)
Saskatchewan	86,7	(83,6–89,8)	86,9	(82,6–91,2)	88,1	(84,8–91,5)
Alberta	89,4	(86,5–92,3)	91,4	(87,6–95,2)	92,7	(90,6–94,8)
Colombie-Britannique	93,5	(91,6–95,4)	93,4	(91,0–95,8)	93,0	(90,0–95,9)
Yukon	90,0	(82,9–97,1)	87,7	(68,7–106,8)	98,8	(96,5–101,1)
Territoires du Nord-Ouest	80,0	(72,4–87,6)	75,4	(60,8–90,0)	93,6	(86,7–100,6)
Nunavut	81,8	(76,0–87,5)	72,4	(55,5–89,3)	73,7	(50,3–97,1)
CANADA	**81,6**	**(80,3–82,8)**	**84,9**	**(83,6–86,1)**	**87,0**	**(85,9–88,0)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G4.3 Taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois ou plus, selon l'âge de la mère

Canada, 2003 et 2005

Âge de la mère (ans)	Mères* qui ont déclaré avoir allaité exclusivement pendant six mois ou plus			
	2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
15–19	†		†	
20–24	7,2	(4,7–9,7)	11,3	(8,1–14,6)
25–29	11,4	(9,3–13,6)	11,3	(9,3–13,3)
30–34	15,0	(12,7–17,2)	17,2	(15,1–19,3)
35–39	15,4	(13,2–17,6)	19,9	(17,1–22,6)
≥40	25,5	(19,6–31,4)	22,4	(16,8–27,9)
Tous âges	**14,2**	**(13,0–15,4)**	**16,4**	**(15,2–17,6)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005.
Prière de noter que l'on ne peut obtenir les taux relatifs à l'allaitement maternel exclusif pour la période de 2000–2001.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
† Il n'y a pas d'estimation parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G4.4 Taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois ou plus, selon la province/le territoire

Canada, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré avoir allaité exclusivement pendant six mois ou plus			
	2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	8,8	(3,7–14,0)	12,9	(7,7–18,1)
Île-du-Prince-Édouard	10,3#	(3,4–17,3)	†	
Nouvelle-Écosse	9,7	(5,2–14,3)	13,8	(7,9–19,6)
Nouveau-Brunswick	6,8	(3,3–10,2)	10,6	(5,2–16,1)
Québec	8,4	(6,2–10,6)	11,8	(9,5–14,1)
Ontario	14,5	(12,5–16,6)	15,8	(13,9–17,7)
Manitoba	15,9	(10,4–21,4)	21,1	(15,2–27,0)
Saskatchewan	18,0	(13,6–22,3)	18,3	(13,8–22,7)
Alberta	18,5	(14,7–22,2)	19,1	(15,3–22,9)
Colombie-Britannique	21,4	(17,6–25,2)	24,3	(20,4–28,2)
Yukon	†		27,7	(9,7–45,7)
Territoires du Nord-Ouest	19,5#	(6,4–32,6)	12,6	(6,1–19,0)
Nunavut	8,3#	(0,1–16,4)	9,1#	(2,9–15,3)
CANADA	**14,2**	**(13,0–15,4)**	**16,4**	**(15,2–17,6)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
Grande variabilité de l'échantillonnage.
† Il n'y a pas d'estimation parce que l'échantillon comptait moins de 10 sujets.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G5.1 Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle, selon l'âge de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Âge de la mère (ans)	Mères* qui ont déclaré avoir pris de l'acide folique avant de savoir qu'elles étaient enceintes					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
15–19	26,9	(18,8–35,1)	33,9	(17,7–50,0)	29,8	(14,7–44,9)
20–24	37,8	(32,3–43,3)	38,3	(31,3–45,3)	33,1	(25,8–40,5)
25–29	44,3	(40,5–48,1)	47,1	(43,3–50,9)	49,4	(45,6–53,2)
30–34	52,3	(49,2–55,4)	58,8	(55,7–61,8)	60,1	(57,2–63,1)
35–39	50,4	(47,1–53,8)	56,3	(53,0–59,6)	64,5	(61,7–67,2)
≥40	44,0	(39,7–48,2)	58,8	(54,8–62,9)	60,1	(56,3–63,9)
Tous âges	**47,2**	**(45,6–48,9)**	**54,6**	**(52,9–56,3)**	**57,8**	**(56,2–59,4)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G5.2 Taux de prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré avoir pris de l'acide folique avant de savoir qu'elles étaient enceintes					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	44,9	(36,4–53,4)	63,5	(55,5–71,4)	52,7	(44,4–61,0)
Île-du-Prince-Édouard	43,3	(35,7–50,8)	53,1	(43,3–62,8)	55,2	(44,0–66,4)
Nouvelle-Écosse	50,2	(42,8–57,6)	58,1	(51,7–64,5)	51,1	(43,7–58,4)
Nouveau-Brunswick	46,0	(38,4–53,7)	56,9	(49,1–64,7)	57,6	(50,3–64,8)
Québec	31,4	(27,6–35,1)	41,9	(38,2–45,7)	47,4	(44,0–50,9)
Ontario	53,9	(51,1–56,7)	55,6	(52,6–58,6)	62,8	(60,1–65,5)
Manitoba	48,1	(41,0–55,1)	51,6	(43,4–59,8)	47,4	(40,3–54,5)
Saskatchewan	44,7	(38,9–50,5)	57,9	(51,9–63,9)	52,9	(47,1–58,6)
Alberta	50,9	(46,3–55,5)	58,7	(53,7–63,8)	60,9	(55,9–65,8)
Colombie-Britannique	52,7	(48,7–56,6)	66,7	(62,3–71,2)	64,0	(59,6–68,3)
Yukon	40,8	(26,0–55,6)	56,5	(35,0–78,0)	67,7	(49,1–86,2)
Territoires du Nord-Ouest	35,7	(29,7–41,7)	41,3	(23,5–59,1)	44,0	(30,4–57,5)
Nunavut	49,7	(41,4–58,1)	33,5	(24,8–42,2)	37,5	(22,6–52,3)
CANADA	**47,2**	**(45,6–48,9)**	**54,6**	**(52,9–56,3)**	**57,8**	**(56,2–59,4)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G6.1 Taux de scolarisation de la mère

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Niveau le plus élevé de scolarisation de la mère	Niveau de scolarisation de la mère*					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Études secondaires non terminées	13,4	(12,3–14,4)	10,0	(9,1–11,1)	8,4	(7,5–9,2)
Diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires)	20,8	(19,3–22,2)	19,5	(18,0–20,9)	14,3	(13,1–15,4)
Des études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires)	9,0	(8,0–10,0)	7,5	(6,7–8,4)	7,7	(6,8–8,7)
Diplôme d'études collégiales/ universitaires	56,9	(55,2–58,6)	62,9	(61,2–64,6)	69,6	(68,1–71,2)

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G6.2 Taux de scolarisation de la mère qui n'atteint pas la fin des études secondaires, selon la province/le territoire

Canada, 2000–2001, 2003 et 2005

Province/territoire	Mères* qui ont déclaré ne pas avoir terminé leurs études secondaires					
	2000–2001		2003		2005	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	19,5	(13,2–25,8)	12,8	(7,0–18,7)	9,5	(5,1–13,9)
Île-du-Prince-Édouard	10,5	(5,3–15,7)	†		9,6#	(3,3–15,9)
Nouvelle-Écosse	11,8	(7,9–15,6)	9,4	(5,6–13,3)	8,8	(5,0–12,7)
Nouveau-Brunswick	13,5	(8,5–18,6)	11,8	(6,3–17,4)	5,7	(2,6–8,8)
Québec	14,7	(11,9–17,5)	11,8	(9,1–14,4)	9,6	(7,6–11,6)
Ontario	10,9	(9,2–12,6)	9,6	(7,7–11,4)	7,3	(5,8–8,8)
Manitoba	19,5	(14,6–24,3)	14,8	(9,8–19,8)	16,7	(11,0–22,4)
Saskatchewan	14,0	(10,5–17,5)	9,7	(6,3–13,0)	9,5	(6,6–12,4)
Alberta	17,2	(13,8–20,5)	10,6	(7,8–13,4)	9,2	(6,5–11,9)
Colombie-Britannique	12,2	(9,8–14,6)	6,0	(3,5–8,6)	5,5	(3,3–7,7)
Yukon	14,5	(6,0–23,1)	36,4#	(12,2–60,5)	27,1#	(8,3–45,9)
Territoires du Nord-Ouest	42,2	(33,4–51,1)	25,6	(13,8–37,5)	23,0	(8,5–37,6)
Nunavut	69,9	(61,8–78,1)	68,3	(61,2–75,4)	45,4	(32,3–58,4)
CANADA	**13,4**	**(12,3–14,4)**	**10,0**	**(9,1–11,1)**	**8,4**	**(7,5–9,2)**

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001, 2003, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
† Il n'y a pas d'estimation parce que l'échantillon comptait moins de dix sujets.
\# Grande variabilité de l'échantillonnage.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G6.3 Taux de tabagisme, d'exposition à la fumée secondaire et de consommation d'alcool de la mère durant la grossesse, selon le niveau de scolarisation de la mère

Canada, 2005

Niveau le plus élevé de scolarisation de la mère	Mères* qui ont déclaré le comportement durant la grossesse					
	Tabagisme		Exposition à la fumée secondaire		Consommation d'alcool	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Études secondaires non terminées	39,0	(34,0–43,9)	38,1	(32,7–43,4)	7,5	(4,8–10,1)
Diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires)	17,6	(15,1–20,2)	19,1	(16,2–21,9)	6,7	(4,7–8,8)
Des études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires)	19,7	(15,0–24,4)	21,5	(16,9–26,1)	13,4	(8,8–18,0)
Diplôme d'études collégiales/ universitaires	8,9	(8,0–9,9)	9,4	(8,3–10,4)	11,4	(10,2–12,6)

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G6.4 Taux d'allaitement maternel et de prise de suppléments d'acide folique pendant la période périconceptionnelle, selon le niveau de scolarisation de la mère

Canada, 2005

Niveau le plus élevé de scolarisation de la mère	Mères* qui ont déclaré le comportement durant la grossesse					
	Initiation à l'allaitement maternel		Allaitement maternel pour six mois ou plus		Supplément d'acide folique	
	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %	Taux (%)	IC à 95 %
Études secondaires non terminées	71,6	(66,4–76,8)	9,1	(5,5–12,7)	34,3	(28,8–39,7)
Diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires)	80,6	(77,6–83,7)	15,6	(12,5–18,7)	45,9	(41,8–50,0)
Des études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires)	86,9	(82,7–91,1)	15,5	(11,1–19,8)	47,4	(42,1–52,8)
Diplôme d'études collégiales/ universitaires	90,3	(89,1–91,4)	17,7	(16,2–19,2)	64,4	(62,4–66,4)

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.
* Femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête; le dénominateur exclut les réponses « ne sait pas » et « non déclaré », ainsi que les refus de répondre.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G7.1 Taux de naissances vivantes selon l'âge, jeunes femmes de 10 à 14 ans, de 15 à 17 ans et de 18 et 19 ans

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	10–14 ans			15–17 ans			18 et 19 ans		
	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes
1995	618 739	182	0,29	371 099	5 124	13,8	245 807	10 535	42,9
1996	617 381	176	0,29	378 659	4 786	12,6	248 304	9 844	39,6
1997	615 925	170	0,28	380 810	4 422	11,6	250 009	9 212	36,8
1998	613 631	153	0,25	379 389	4 343	11,4	255 075	9 160	35,9
1999	613 165	142	0,23	377 967	4 079	10,8	258 805	8 890	34,4
2000	617 659	111	0,18	378 255	3 664	9,7	257 905	8 369	32,4
2001	622 443	90	0,14	379 316	3 443	9,1	256 659	7 942	30,9
2002	627 817	100	0,16	376 776	3 089	8,2	258 805	7 569	29,2
2003	630 050	82	0,13	373 361	2 900	7,8	259 174	7 242	27,9
2004	626 871	90	0,14	373 748	2 879	7,7	258 586	6 875	26,6

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005*. Division de la démographie, nº 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G7.2 Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères adolescentes de 10 à 19 ans

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Nombre de naissances vivantes**	Naissances vivantes de mères de 10 à 14 ans		Naissances vivantes de mères de 15 à 17 ans		Naissances vivantes de mères de 18 et 19 ans	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1995	231 721	182	0,08	5 124	2,21	10 535	4,55
1996	226 166	176	0,08	4 786	2,12	9 844	4,35
1997	215 585	170	0,08	4 422	2,05	9 212	4,27
1998	209 683	153	0,07	4 343	2,07	9 160	4,37
1999	206 141	142	0,07	4 079	1,98	8 890	4,31
2000	200 438	111	0,06	3 664	1,83	8 369	4,18
2001	202 020	90	0,04	3 443	1,70	7 942	3,93
2002	200 263	100	0,05	3 089	1,54	7 569	3,78
2003	204 265	82	0,04	2 900	1,42	7 242	3,55
2004	204 500	90	0,04	2 879	1,41	6 875	3,36

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et de celles dont l'âge est inconnu.

TABLEAU G7.3 Taux de naissances vivantes selon l'âge, jeunes femmes de 10 à 19 ans, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	10 à 17 ans				18 et 19 ans			
	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	IC à 95 %	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	25 715	95	3,7	(3,0–4,5)	7 349	199	27,1	(23,5–31,1)
Île-du-Prince-Édouard	7 745	25	3,2	(2,1–4,8)	2 071	58	28,0	(21,3–36,1)
Nouvelle-Écosse	47 459	140	2,9	(2,5–3,5)	12 542	308	24,6	(21,9–27,4)
Nouveau-Brunswick	37 035	122	3,3	(2,7–3,9)	9 983	291	29,1	(25,9–32,6)
Québec	368 740	544	1,5	(1,4–1,6)	90 800	1 786	19,7	(18,8–20,6)
Manitoba	66 071	443	6,7	(6,1–7,4)	16 589	775	46,7	(43,6–50,0)
Saskatchewan	58 422	423	7,2	(6,6–8,0)	15 265	794	52,0	(48,5–55,7)
Alberta	175 195	618	3,5	(3,3–3,8)	46 102	1 504	32,6	(31,0–34,3)
Colombie-Britannique	207 121	435	2,1	(1,9–2,3)	56 173	989	17,6	(16,5–18,7)
Yukon	1 735	10	5,8	(2,8–10,6)	512	17	33,2	(19,5–52,6)
Territoires du Nord-Ouest	2 865	27	9,4	(6,2–13,7)	641	59	92,0	(70,8–117,1)
Nunavut	2 516	87	34,6	(27,8–42,5)	559	95	169,9	(139,7–203,7)
CANADA	**1 000 619**	**2 969**	**3,0**	**(2,9–3,1)**	**258 586**	**6 875**	**26,6**	**(26,0–27,2)**

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*Annexe H.*
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G7.4 Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères adolescentes de 10 à 19 ans, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes**	Naissances vivantes de mères de 10 à 17 ans		Naissances vivantes de mères de 18 et 19 ans		Naissances vivantes de mères de 10 à 19 ans	
		Nombre	Pourcentage (IC à 95 %)	Nombre	Pourcentage (IC à 95 %)	Nombre	Pourcentage (IC à 95 %)
Terre-Neuve-et-Labrador	4 488	95	2,1 (1,7–2,6)	199	4,4 (3,9–5,1)	294	6,6 (5,8–7,3)
Île-du-Prince-Édouard	1 390	25	1,8 (1,2–2,6)	58	4,2 (3,2–5,4)	83	6,0 (4,8–7,3)
Nouvelle-Écosse	8 733	140	1,6 (1,4–1,9)	308	3,5 (3,1–3,9)	448	5,1 (4,7–5,6)
Nouveau-Brunswick	6 959	122	1,8 (1,5–2,1)	291	4,2 (3,7–4,7)	413	5,9 (5,4–6,5)
Québec	74 068	544	0,7 (0,7–0,8)	1 786	2,4 (2,3–2,5)	2 330	3,1 (3,1–3,3)
Manitoba	13 811	443	3,2 (2,9–3,5)	775	5,6 (5,2–6,0)	1 218	8,8 (8,4–9,3)
Saskatchewan	11 981	423	3,5 (3,2–3,9)	794	6,6 (6,2–7,1)	1 217	10,2 (9,6–10,7)
Alberta	40 776	618	1,5 (1,4–1,6)	1 504	3,7 (3,5–3,9)	2 122	5,2 (5,0–5,4)
Colombie-Britannique	40 484	435	1,1 (1,0–1,2)	989	2,4 (2,3–2,6)	1 424	3,5 (3,3–3,7)
Yukon	365	10	2,7 (1,3–5,0)	17	4,7 (2,7–7,4)	27	7,4 (4,9–10,6)
Territoires du Nord-Ouest	698	27	3,9 (2,6–5,6)	59	8,5 (6,5–10,8)	86	12,3 (10,0-15,0)
Nunavut	747	87	11,6 (9,4–14,2)	95	12,7 (10,4–5,3)	182	24,4 (21,3–27,6)
CANADA	**204 500**	**2 969**	**1,5 (1,4–1,5)**	**6 875**	**3,4 (3,3–3,4)**	**9 844**	**4,8 (4,7–4,9)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*Annexe H.*
** Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et de celles dont l'âge est inconnu.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G8.1 Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 35 à 49 ans*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	35–39 ans			40–44 ans			45–49 ans		
	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes
1995	808 068	22 634	28,0	730 176	3 088	4,2	645 407	107	0,17
1996	819 053	23 896	29,2	750 562	3 383	4,5	667 627	121	0,18
1997	822 862	24 047	29,2	773 900	3 517	4,5	677 740	113	0,17
1998	824 420	24 118	29,3	791 830	3 609	4,5	691 505	119	0,17
1999	821 222	24 915	30,3	803 644	3 867	4,8	710 513	136	0,19
2000	810 941	24 855	30,6	812 849	4 138	5,1	731 875	128	0,17
2001	788 976	25 228	32,0	822 486	4 288	5,2	751 017	150	0,20
2002	763 606	25 131	32,9	825 772	4 470	5,4	772 513	148	0,19
2003	734 287	26 030	35,4	828 485	4 731	5,7	789 926	195	0,25
2004	709 169	26 335	37,1	828 169	5 007	6,0	802 650	218	0,27

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Les données relatives aux naissances vivantes de mères de ≥50 ans n'étaient pas disponibles à cause de leur faible nombre; exclut les naissances vivantes de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

TABLEAU G8.2 Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères âgées de 35 à 49 ans*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	Nombre de naissances vivantes*	Naissances vivantes de mères de 35 à 39 ans		Naissances vivantes de mères de 40 à 49 ans***	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1995	231 721	22 634	9,8	3 195	1,4
1996	226 166	23 896	10,6	3 504	1,5
1997	215 585	24 047	11,2	3 630	1,7
1998	209 683	24 118	11,5	3 728	1,8
1999	206 141	24 915	12,1	4 003	1,9
2000	200 438	24 855	12,4	4 266	2,1
2001	202 020	25 228	12,5	4 438	2,2
2002	200 263	25 131	12,5	4 618	2,3
2003	204 265	26 030	12,7	4 926	2,4
2004	204 500	26 335	12,9	5 225	2,6

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données relatives aux naissances vivantes de mères de ≥50 ans n'étaient pas disponibles à cause de leur faible nombre; exclut les naissances vivantes de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
*** On a combiné les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans à cause du faible nombre de sujets.

TABLEAU G8.3 Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 35 à 49 ans*, selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*

Province/territoire	35–39 ans				40–49 ans***			
	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	IC à 95 %	Nombre de femmes	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes pour 1 000 femmes	IC à 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	20 450	478	23,4	(21,3–25,5)	44 125	88	2,0	(1,6–2,5)
Île-du-Prince-Édouard	4 663	172	36,9	(31,7–42,7)	11 085	36	3,2	(2,3–4,5)
Nouvelle-Écosse	34 191	1 146	33,5	(31,6–35,5)	79 224	189	2,4	(2,1–2,8)
Nouveau-Brunswick	27 581	680	24,7	(22,9–26,6)	63 156	107	1,7	(1,4–2,0)
Québec	271 524	9 096	33,5	(32,8–34,2)	639 005	1 688	2,6	(2,5–2,8)
Manitoba	39 424	1 477	37,5	(35,6–39,4)	90 030	289	3,2	(2,9–3,6)
Saskatchewan	31 360	1 023	32,6	(30,7–34,6)	76 115	215	2,8	(2,5–3,2)
Alberta	117 474	4 991	42,5	(41,3–43,7)	265 879	996	3,7	(3,5–4,0)
Colombie-Britannique	158 363	7 102	44,8	(43,8–45,9)	354 272	1 587	4,5	(4,3–4,7)
Yukon	1 254	43	34,3	(24,9–45,9)	3 149	10	3,2	(1,5–5,8)
Territoires du Nord-Ouest	1 873	76	40,6	(32,1–50,5)	3 330	15	4,5	(2,5–7,4)
Nunavut	1 012	51	50,4	(37,7–65,7)	1 449	5	3,5	(1,1–8,0)
CANADA	**709 169**	**26 335**	**37,1**	**(36,7–37,6)**	**1 630 819**	**5 225**	**3,2**	**(3,1–3,3)**

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.

* Les données relatives aux naissances vivantes de mères de ≥50 ans n'étaient pas disponibles à cause de leur faible nombre; exclut les naissances vivantes de mères dont l'âge est inconnu.

** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

*** On a combiné les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans à cause du faible nombre de sujets.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G8.4 Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères âgées de 35 à 49 ans*, selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2004*

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes	Naissances vivantes de mères de 35 à 39 ans		Naissances vivantes de mères de 40 à 49 ans***		Naissances vivantes de mères de 35 à 49 ans	
		Nombre	Pourcentage (IC à 95 %)	Nombre	Pourcentage (IC à 95 %)	Nombre	Pourcentage (IC à 95 %)
Terre-Neuve-et-Labrador	4 488	478	10,7 (9,8–11,6)	88	2,0 (1,6–2,4)	566	12,6 (11,7–13,6)
Île-du-Prince-Édouard	1 390	172	12,4 (10,7–14,2)	36	2,6 (1,8–3,6)	208	15,0 (13,1–16,9)
Nouvelle-Écosse	8 733	1 146	13,1 (12,4–13,8)	189	2,2 (1,9–2,5)	1 335	15,3 (14,5–16,1)
Nouveau-Brunswick	6 959	680	9,8 (9,1–10,5)	107	1,5 (1,3–1,9)	787	11,3 (10,6–12,1)
Québec	74 068	9 096	12,3 (12,0–12,5)	1 688	2,3 (2,2–2,4)	10 784	14,6 (14,3–14,8)
Manitoba	13 811	1 477	10,7 (10,2–11,2)	289	2,1 (1,9–2,3)	1 766	12,8 (12,2–13,4)
Saskatchewan	11 981	1 023	8,5 (8,0–9,1)	215	1,8 (1,6–2,0)	1 238	10,3 (9,8–10,9)
Alberta	40 776	4 991	12,2 (11,9–12,6)	996	2,4 (2,3–2,6)	5 987	14,7 (14,3–15,0)
Colombie-Britannique	40 484	7 102	17,5 (17,2–17,9)	1 587	3,9 (3,7–4,1)	8 689	21,5 (21,1–21,9)
Yukon	365	43	11,8 (8,7–15,5)	10	2,7 (1,3–5,0)	53	14,5 (11,1–18,6)
Territoires du Nord-Ouest	698	76	10,9 (8,7-13,4)	15	2,1 (1,2–3,5)	91	13,0 (10,6–15,8)
Nunavut	747	51	6,8 (5,1–8,9)	5	0,7 (0,2–1,6)	56	7,5 (5,7–9,6)
CANADA	**204 500**	**26 335**	**12,9 (12,7–13,0)**	**5 225**	**2,6 (2,5–2,6)**	**31 560**	**15,4 (15,3–15,1)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données relatives aux naissances vivantes de mères de ≥50 ans n'étaient pas disponibles à cause de leur faible nombre; exclut les naissances vivantes de mères dont l'âge est inconnu.
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
*** On a combiné les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans à cause du faible nombre de sujets.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G9.1 Taux de déclenchement du travail

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Nombre de déclenchements médicaux	Déclenchements médicaux pour 100 accouchements à l'hôpital	Nombre de déclenchements chirurgicaux	Déclenchements chirurgicaux pour 100 accouchements à l'hôpital	Nombre de déclenchements médicaux et chirurgicaux	Déclenchements médicaux et chirurgicaux pour 100 accouchements à l'hôpital
1995–1996	373 731	63 311	16,9	29 994	8,0	77 474	20,7
1996–1997	359 101	63 306	17,6	27 153	7,6	75 021	20,9
1997–1998	345 713	64 781	18,7	28 118	8,1	76 602	22,2
1998–1999	338 368	63 478	18,8	25 602	7,6	73 924	21,9
1999–2000	335 656	66 255	19,7	25 407	7,6	76 173	22,7
2000–2001	324 631	63 847	19,7	24 798	7,6	73 170	22,5
2001–2002	329 607	67 896	20,6	27 826	8,4	78 259	23,7
2002–2003	325 277	63 044	19,4	27 694	8,5	73 151	22,5
2003–2004	334 154	64 033	19,2	27 990	8,4	73 718	22,1
2004–2005	333 974	63 629	19,1	28 163	8,4	72 936	21,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G9.2 Taux de déclenchement du travail, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005

Province/territoire	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Nombre de déclenchements médicaux	Déclenchements médicaux (IC à 95 %) pour 100 accouchements à l'hôpital	Nombre de déclenchements chirurgicaux	Déclenchements chirurgicaux (IC à 95 %) pour 100 accouchements à l'hôpital	Nombre de déclenchements médicaux et chirurgicaux	Déclenchements médicaux et chirurgicaux (IC à 95 %) pour 100 accouchements à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	4 364	989	22,7 (21,4–23,9)	265	6,1 (5,4–6,8)	1 088	24,9 (23,7–26,2)
Île-du-Prince-Édouard	1 367	295	21,6 (19,4–23,9)	212	15,5 (13,6–17,5)	351	25,7 (23,4–28,1)
Nouvelle-Écosse	8 319	1 959	23,5 (22,6–24,5)	920	11,1 (10,4–11,8)	2 107	25,3 (24,4–26,3)
Nouveau-Brunswick	6 548	1 432	21,9 (20,9–22,9)	658	10,1 (9,3–10,8)	1 712	26,2 (25,1–27,2)
Québec	71 792	15 784	22,0 (21,7–22,3)	7 087	9,9 (9,7–10,1)	18 273	25,5 (25,1–25,8)
Ontario	132 145	22 272	16,9 (16,7–17,1)	12 730	9,6 (9,5–9,8)	26 769	20,3 (20,0–20,5)
Manitoba	13 525	2 642	19,5 (18,9–20,2)	593	4,4 (4,0–4,7)	2 929	21,7 (21,0–22,4)
Saskatchewan	11 737	2 331	19,9 (19,1–20,6)	516	4,4 (4,0–4,8)	2 470	21,0 (20,3–21,8)
Alberta	39 748	9 078	22,8 (22,4–23,2)	3 445	8,7 (8,4–8,9)	9 704	24,4 (24,0–24,8)
Colombie-Britannique	38 683	6 025	15,6 (15,2–15,9)	1 387	3,6 (3,4–3,8)	6 544	16,9 (16,4–17,2)
Yukon	330	45	13,6 (10,1–17,8)	†	† (0,2–2,6)	47	14,2 (10,7–18,5)
Territoires du Nord-Ouest	675	85	12,6 (10,2–15,3)	51	7,6 (5,7–9,8)	122	18,1 (15,2–21,1)
Nunavut	751	89	11,9 (9,6–14,4)	36	4,8 (3,4–6,6)	117	15,6 (13,1–18,4)
Non disponible	3 990	603	15,1 (14,0–16,3)	260	6,5 (5,8–7,3)	703	17,6 (16,4–18,8)
CANADA	**333 974**	**63 629**	**19,1 (18,9–19,2)**	**28 160–28 164**	**8,4 (8,3–8,5)**	**72 936**	**21,8 (21,7–22,0)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
† Nombre/taux supprimé à cause de la petite taille des cellules <5.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G10.1 **Taux d'accouchement par césarienne et taux de césarienne primaire et de césarienne répétée**

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Nombre d'accouchements par césarienne	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Accouchements par césarienne pour 100 accouchements à l'hôpital	Nombre de césariennes primaires	Nombre d'accouchements à l'hôpital sans césarienne antérieure
1995–1996	65 873	373 731	17,6	42 674	337 874
1996–1997	65 244	359 101	18,2	42 448	323 930
1997–1998	63 897	345 713	18,5	41 990	311 890
1998–1999	64 149	338 368	19,0	42 142	304 648
1999–2000	66 003	335 656	19,7	43 783	302 432
2000–2001	68 582	324 631	21,1	45 593	291 802
2001–2002	74 016	329 607	22,5	48 539	294 861
2002–2003	76 931	325 277	23,7	50 825	290 970
2003–2004	82 904	334 154	24,8	54 261	297 433
2004–2005	85 341	333 974	25,6	55 119	296 211

Année financière	Taux de césarienne primaire pour 100 accouchements à l'hôpital sans césarienne précédente	Nombre de femmes qui accouchent et ont déjà accouché par césarienne	Nombre d'accouchements par césarienne répétée	Taux de césarienne répétée (%)
1995–1996	12,6	35 857	23 198	64,7
1996–1997	13,1	35 171	22 796	64,8
1997–1998	13,5	33 823	21 907	64,8
1998–1999	13,8	33 720	22 007	65,3
1999–2000	14,5	33 224	22 220	66,9
2000–2001	15,6	32 829	22 989	70,0
2001–2002	16,5	34 746	25 477	73,3
2002–2003	17,5	34 307	26 106	76,1
2003–2004	18,2	36 712	28 643	78,0
2004–2005	18,6	37 763	30 222	80,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G10.2 Taux d'accouchement par césarienne, selon l'indication

Canada, 1995–1996 et 2004–2005

Indication*	1995–1996		2004–2005		1995–1996 et 2004–2005
	Nombre d'accouchements par césarienne	Taux d'accouchement par césarienne (%)	Nombre d'accouchements par césarienne	Taux d'accouchement par césarienne (%)	Changement absolu (%)
Toutes césariennes					
Présentation par le siège	11 435	3,0	11 817	3,6	+0,6
Dystocie	28 071	7,5	32 914	9,9	+2,4
Souffrance fœtale	6 275	1,7	8 483	2,5	+0,8
Diverses	6 352	1,7	9 804	2,9	+1,2
Élective répétée/autre	13 740	3,7	22 323	6,7	+3,0
TOTAL	**65 873**	**17,6**	**85 341**	**25,6**	**+8,0**
Première césarienne					
Présentation par le siège	9 968	3,0	10 264	3,5	+0,5
Dystocie	22 786	6,7	30 664	10,3	+3,6
Souffrance fœtale	5 497	1,6	7 681	2,6	+1,0
Diverses	3 318	1,0	4 348	1,5	+0,5
Autre	1 106	0,3	2 162	0,7	+0,4
TOTAL	**42 675**	**12,6**	**55 119**	**18,6**	**+6,0**
Césariennes répétées					
Présentation par le siège	1 467	4,1	1 553	4,1	0
Dystocie	5 285	14,7	2 250	6,0	-8,7
Souffrance fœtale	778	2,2	802	2,1	-0,1
Diverses	3 034	8,5	5 456	14,4	+5,9
Élective répétée/autre	12 634	35,2	20 161	53,4	+18,2
TOTAL	**23 198**	**64,7**	**30 222**	**80,0**	**+15,3**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 et 2004–2005.

* Note :

1) La définition des indications est fondée sur une publication antérieure de Henry et coll. (page 83)[10].
2) « Diverses » comprend les gestations multiples, l'hémorragie antépartum, le décollement du placenta, un placenta praevia, un retard de croissance intrautérin, la macrosomie, le virus de l'herpès simplex génital, le diabète sucré, la tolérance anormale du glucose, les troubles de l'hypertension, l'oligohydramnios, la chorioamnionite, une malformation du système nerveux central du fœtus qui a un effet sur la prise en charge, une autre anomalie congénitale ou acquise, la rupture de l'utérus, une anomalie congénitale ou acquise du vagin, des cicatrices de l'utérus, l'isoimmunisation Rhesus (anti-D) et l'hémorragie cérébrale ou l'occlusion.
3) La catégorie « autre » indique qu'aucun des problèmes médicaux ci-dessus n'a été codé dans la base de données. Il convient de signaler qu'un premier accouchement par césarienne sans indication médicale mentionnée ne représente pas nécessairement un accouchement par césarienne pratiqué à la demande de la mère.

TABLEAU G10.3 **Taux d'accouchement par césarienne, selon la province/le territoire**
Canada, 2004–2005

Province/territoire	Nombre d'accouchements par césarienne	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Accouchements par césarienne (IC à 95 %) pour 100 accouchements à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	1 257	4 364	28,8 (27,5–30,2)
Île-du-Prince-Édouard	457	1 367	33,4 (30,9–36,0)
Nouvelle-Écosse	2 322	8 319	27,9 (26,9–28,9)
Nouveau-Brunswick	1 856	6 548	28,3 (27,3–29,5)
Québec	15 964	71 792	22,2 (21,9–22,5)
Ontario	35 344	132 145	26,7 (26,5–27,0)
Manitoba	2 788	13 525	20,6 (19,9–21,3)
Saskatchewan	2 372	11 737	20,2 (19,5–20,9)
Alberta	10 092	39 748	25,4 (25,0–25,8)
Colombie-Britannique	11 579	38 683	29,9 (29,5–30,4)
Yukon	90	330	27,3 (22,5–32,4)
Territoires du Nord-Ouest	152	675	22,5 (19,4–25,9)
Nunavut	74	751	9,9 (7,8–12,2)
Non disponible	994	3 990	24,9 (23,6–26,3)
CANADA	**85 341**	**333 974**	**25,6 (25,4–25,7)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G11.1 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Nombre d'acc. chirurgicaux par voie vaginale	Acc. chirurgicaux par voie vaginale pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital	Nombre d'acc. par forceps	Utilisation du forceps pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital	Nombre d'extractions à la ventouse	Extractions à la ventouse pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital	Ratio ventouse : forceps
1995–1996	307 859	50 049	16,3	22 927	7,4	28 937	9,4	1,3
1996–1997	293 857	48 154	16,4	19 953	6,8	29 966	10,2	1,5
1997–1998	281 816	47 153	16,7	18 336	6,5	30 547	10,8	1,7
1998–1999	274 219	45 833	16,7	16 670	6,1	30 771	11,2	1,8
1999–2000	269 653	43 918	16,3	16 520	6,1	28 935	10,7	1,8
2000–2001	256 049	41 342	16,2	15 452	6,0	27 194	10,6	1,8
2001–2002	255 591	40 396	15,8	14 231	5,6	27 717	10,8	1,9
2002–2003	248 346	38 055	15,3	12 601	5,1	26 392	10,6	2,1
2003–2004	251 250	37 951	15,1	11 896	4,7	26 411	10,5	2,2
2004–2005	248 633	36 837	14,8	11 561	4,6	25 537	10,3	2,2

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G11.2 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, selon la province/le territoire

*Canada, 2003–2004 et 2004–2005**

Province/territoire	Nombre d'accouchements chirurgicaux par voie vaginale	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	Acc. chirurgicaux par voie vaginale (IC à 95 %) pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	1 144	6 388	17,9 (17,0–18,9)
Île-du-Prince-Édouard	155	1 897	8,2 (7,0–9,5)
Nouvelle-Écosse	1 842	12 148	15,2 (14,5–15,8)
Nouveau-Brunswick	1 513	9 656	15,6 (14,9–16,4)
Québec	16 226	112 328	14,4 (14,2–14,7)
Ontario	29 150	194 049	15,0 (14,9–15,2)
Manitoba	1 841	21 829	8,4 (8,1–8,8)
Saskatchewan	3 141	18 782	16,7 (16,2–17,3)
Alberta	10 458	59 382	17,6 (17,3–17,9)
Colombie-Britannique	8 276	54 272	15,2 (14,9–15,6)
Yukon	56	494	11,3 (8,7–14,5)
Territoires du Nord-Ouest	71	1 070	6,6 (5,2–8,3)
Nunavut	29	1 140	2,5 (1,7–3,6)
Non disponible	886	6 448	13,7 (12,9–14,6)
CANADA	**74 788**	**499 883**	**15,0 (14,9–15,1)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2003–2004 et 2004–2005.

* On a combiné les données de deux années à cause du faible nombre des sujets.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G11.3 Taux d'accouchement vaginal par forceps, selon la province/le territoire

*Canada, 2003–2004 et 2004–2005**

Province/territoire	Nombre d'accouchements par forceps	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	Utilisation du forceps (IC à 95 %) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	497	6 388	7,8 (7,1–8,5)
Île-du-Prince-Édouard	74	1 897	3,9 (3,1–4,9)
Nouvelle-Écosse	732	12 148	6,0 (5,6–6,5)
Nouveau-Brunswick	540	9 656	5,7 (5,1–6,1)
Québec	4 112	112 328	3,7 (3,6–3,8)
Ontario	9 970	194 049	5,1 (5,0–5,2)
Manitoba	773	21 829	3,5 (3,3–3,8)
Saskatchewan	681	18 782	3,6 (3,4–3,9)
Alberta	2 836	59 382	4,8 (4,6–5,0)
Colombie-Britannique	2 939	54 272	5,4 (5,2–5,6)
Yukon	†	†	† (0,0–1,1)
Territoires du Nord-Ouest	19	1 070	1,8 (1,1–2,8)
Nunavut	11	1 140	1,0 (0,5–1,7)
Non disponible	272	6 448	4,2 (3,7–4,7)
CANADA	**23 456–23 460**	**499 883**	**4,7 (4,6–4,7)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2003–2004 et 2004–2005.
* On a combiné les données de deux années à cause du faible nombre des sujets.
† Nombre/taux supprimé à cause de la petite taille des cellules <5.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G11.4 Taux d'accouchement vaginal par ventouse, selon la province/le territoire

*Canada, 2003–2004 et 2004–2005**

Province/territoire	Nombre d'extractions à la ventouse	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	Extractions à la ventouse (IC à 95 %) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	648	6 388	10,1 (9,4–10,9)
Île-du-Prince-Édouard	81	1 897	4,3 (3,4–5,3)
Nouvelle-Écosse	1 111	12 148	9,1 (8,6–9,7)
Nouveau-Brunswick	976	9 656	10,1 (9,5–10,7)
Québec	12 567	112 328	11,2 (11,0–11,4)
Ontario	19 247	194 049	9,9 (9,8–10,1)
Manitoba	1 117	21 829	5,1 (4,8–5,4)
Saskatchewan	2 461	18 782	13,1 (12,6–13,6)
Alberta	7 636	59 382	12,9 (12,6–13,1)
Colombie-Britannique	5 360	54 272	9,9 (9,6–10,1)
Yukon	55	494	11,1 (8,5–14,2)
Territoires du Nord-Ouest	52	1 070	4,9 (3,7–6,3)
Nunavut	18	1 140	1,6 (0,9–2,5)
Non disponible	619	6 448	9,6 (8,9–10,3)
CANADA	**51 948**	**499 883**	**10,4 (10,3–10,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2003–2004 et 2004–2005.
* On a combiné les données de deux années à cause du faible nombre des sujets.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G12.1 Taux de traumatisme périnéal par déchirure périnéale et épisiotomie

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

A. Taux de déchirure périnéale

Année financière	Nombre de déchirures du premier ou du deuxième degré	Déchirure du premier ou du deuxième degré pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	Nombre de déchirures du troisième degré*	Nombre de déchirures du quatrième degré*	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital*	Déchirure du troisième degré pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital*	Déchirure du quatrième degré pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital*
1995–1996	137 845	44,8	307 859	7 225	1 660	237 712	3,0	0,7
1996–1997	135 482	46,1	293 857	7 174	1 553	225 851	3,2	0,7
1997–1998	131 607	46,7	281 816	6 827	1 460	218 231	3,1	0,7
1998–1999	128 748	47,0	274 219	6 844	1 497	214 145	3,2	0,7
1999–2000	127 868	47,4	269 653	6 752	1 502	210 530	3,2	0,7
2000–2001	126 895	49,6	256 049	6 744	1 294	199 555	3,4	0,6
2001–2002	127 933	50,1	255 591	6 340	1 204	198 484	3,2	0,6
2002–2003	125 980	50,7	248 346	6 107	1 127	193 175	3,2	0,6
2003–2004	128 304	51,1	251 250	6 330	1 126	194 750	3,3	0,6
2004–2005	127 726	51,4	248 633	6 410	1 122	192 805	3,3	0,6

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
* Les données du Québec ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

B. Taux d'épisiotomie

Année financière	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	Épisiotomies pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital
1995–1996	95 859	307 859	31,1
1996–1997	85 578	293 857	29,1
1997–1998	77 286	281 816	27,4
1998–1999	72 966	274 219	26,6
1999–2000	68 592	269 653	25,4
2000–2001	61 793	256 049	24,1
2001–2002	59 619	255 591	23,3
2002–2003	54 898	248 346	22,1
2003–2004	53 087	251 250	21,1
2004–2005	50 778	248 633	20,4

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G12.2 Taux d'épisiotomie, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005

Province/territoire	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	Épisiotomies (IC à 95 %) pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	661	3 107	21,3 (19,8–22,8)
Île-du-Prince-Édouard	133	910	14,6 (12,4–17,1)
Nouvelle-Écosse	1 303	5 997	21,7 (20,7–22,8)
Nouveau-Brunswick	925	4 692	19,7 (18,6–20,9)
Québec	13 839	55 828	24,8 (24,4–25,1)
Ontario	20 874	96 801	21,6 (21,3–21,8)
Manitoba	1 840	10 737	17,1 (16,4–17,9)
Saskatchewan	1 463	9 365	15,6 (14,9–16,4)
Alberta	4 725	29 656	15,9 (15,5–16,4)
Colombie-Britannique	4 294	27 104	15,8 (15,4–16,3)
Yukon	30	240	12,5 (8,6–17,4)
Territoires du Nord-Ouest	39	523	7,5 (5,4–10,1)
Nunavut	24	677	3,5 (2,3–5,2)
Non disponible	628	2 996	21,0 (19,5–22,5)
CANADA	**50 778**	**248 633**	**20,4 (20,3–20,6)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G12.3 Taux de déchirure périnéale des troisième et quatrième degrés, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion du Québec), 2002–2003 à 2004–2005***

Province/territoire	Nombre de déchirures du troisième degré	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Déchirure du troisième degré (IC à 95 %) pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital		Nombre de déchirures du quatrième degré	Déchirures du quatrième degré (IC à 95 %) pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital	
Terre-Neuve-et-Labrador	206	9 787	2,1	(1,8–2,4)	45	0,5	(0,3–0,6)
Île-du-Prince-Édouard	77	2 863	2,7	(2,1–3,4)	14	0,5	(0,3–0,8)
Nouvelle-Écosse	580	18 258	3,2	(2,9–3,4)	93	0,5	(0,4–0,6)
Nouveau-Brunswick	528	14 657	3,6	(3,3–3,9)	85	0,6	(0,5–0,7)
Ontario	8 094	290 905	2,8	(2,7–2,8)	1 712	0,6	(0,6–0,6)
Manitoba	1 126	32 866	3,4	(3,2–3,6)	168	0,5	(0,4–0,6)
Saskatchewan	1 037	27 875	3,7	(3,5–3,9)	282	1,0	(0,9–1,1)
Alberta	3 934	88 462	4,4	(4,3–4,6)	516	0,6	(0,5–0,6)
Colombie-Britannique	2 859	81 833	3,5	(3,4–3,6)	370	0,5	(0,4–0,5)
Yukon	19	731	2,6	(1,6–4,0)	†	†	(0,0–0,8)
Territoires du Nord-Ouest	31	1 570	2,0	(1,3–2,8)	18	1,1	(0,7–1,8)
Nunavut	20	1 295	1,5	(0,9–2,4)	6	0,5	(0,2–1,0)
Non disponible	336	9 628	3,5	(3,1–3,9)	65	0,7	(0,5–0,9)
CANADA	**18 847**	**580 730**	**3,2**	**(3,2–3,3)**	**3 375–3 380**	**0,6**	**(0,6–0,6)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* Les données du Québec ont été exclues parce que leur qualité pose problème.
** On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.
† Nombre/taux supprimé à cause de la petite taille des cellules <5.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G13.1 Taux de court séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Accouchement par voie vaginale			Césarienne		
	Nombre de femmes dont la DS est de <2 jours	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Femmes dont la DS est de <2 jours pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital	Nombre de femmes dont la DS est de <4 jours	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Femmes dont la DS est de <4 jours pour 100 acc. par césarienne à l'hôpital
1995–1996	53 300	307 859	17,3	12 317	65 872	18,7
1996–1997	52 519	293 857	17,9	14 177	65 244	21,7
1997–1998	56 066	281 816	19,9	16 920	63 897	26,5
1998–1999	58 731	274 219	21,4	19 394	64 149	30,2
1999–2000	55 309	269 653	20,5	21 517	66 003	32,6
2000–2001	50 736	256 049	19,8	24 437	68 582	35,6
2001–2002	53 384	255 591	20,9	29 584	74 016	40,0
2002–2003	55 112	248 346	22,2	34 117	76 931	44,3
2003–2004	61 934	251 250	24,7	40 950	82 904	49,4
2004–2005	63 364	248 633	25,5	44 807	85 341	52,5

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G13.2 Durée moyenne de séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Accouchement par voie vaginale		Césarienne	
	Nombre d'acc. à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)	Nombre d'acc. à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)
1995–1996	307 859	2,6 (1,6)	65 872	5,0 (2,6)
1996–1997	293 857	2,5 (1,5)	65 244	4,8 (2,5)
1997–1998	281 816	2,4 (1,5)	63 897	4,6 (2,5)
1998–1999	274 219	2,4 (1,5)	64 149	4,5 (2,5)
1999–2000	269 653	2,4 (1,5)	66 003	4,5 (2,5)
2000–2001	256 049	2,4 (1,5)	68 582	4,4 (2,4)
2001–2002	255 591	2,4 (1,4)	74 016	4,2 (2,4)
2002–2003	248 346	2,3 (1,4)	76 931	4,1 (2,4)
2003–2004	251 250	2,3 (1,4)	82 904	4,0 (2,3)
2004–2005	248 633	2,2 (1,4)	85 341	3,9 (2,2)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
ET—écart-type

TABLEAU G13.3 Taux de court séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005

A. Accouchement par voie vaginale

Province/territoire	Nombre de femmes dont la DS est de <2 jours	Nombre d'accouchements par voie vaginale à l'hôpital	Acc. à l'hôpital dont la DS est de <2 jours (IC à 95 %) pour 100 acc. par voie vaginale à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	279	3 107	9,0 (8,0–10,0)
Île-du-Prince-Édouard	17	910	1,9 (1,1–3,0)
Nouvelle-Écosse	823	5 997	13,7 (12,9–14,6)
Nouveau-Brunswick	392	4 692	8,4 (7,6–9,2)
Québec	3 461	55 828	6,2 (6,0–6,4)
Ontario	30 817	96 801	31,8 (31,5–32,1)
Manitoba	1 815	10 737	16,9 (16,2–17,6)
Saskatchewan	1 632	9 365	17,4 (16,7–18,2)
Alberta	13 256	29 656	44,7 (44,1–45,3)
Colombie-Britannique	8 941	27 104	33,0 (32,4–33,6)
Yukon	30	240	12,5 (8,6–17,4)
Territoires du Nord-Ouest	86	523	16,4 (13,4–19,9)
Nunavut	232	677	34,3 (30,7–38,0)
Non disponible	1 583	2 996	52,8 (51,0–54,6)
CANADA	**63 364**	**248 633**	**25,5 (25,3–25,7)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

B. Césarienne

Province/territoire	Nombre de femmes dont la DS est de <4 jours	Nombre d'accouchements par césarienne à l'hôpital	Acc. à l'hôpital dont la DS est de <4 jours (IC à 95 %) pour 100 acc. par césarienne à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	433	1 257	34,4 (31,8–37,1)
Île-du-Prince-Édouard	45	457	9,8 (7,3–13,0)
Nouvelle-Écosse	932	2 322	40,1 (38,1–42,2)
Nouveau-Brunswick	786	1 856	42,3 (40,1–44,6)
Québec	5 272	15 964	33,0 (32,3–33,8)
Ontario	21 385	35 344	60,5 (60,0–61,0)
Manitoba	1 244	2 788	44,6 (42,8–46,5)
Saskatchewan	1 093	2 372	46,1 (44,1–48,1)
Alberta	6 467	10 092	64,1 (63,1–65,0)
Colombie-Britannique	6 390	11 579	55,2 (54,3–56,1)
Yukon	40	90	44,4 (34,0–55,3)
Territoires du Nord-Ouest	46	152	30,3 (23,1–38,2)
Nunavut	36	74	48,6 (36,9–60,6)
Non disponible	638	994	64,2 (61,1–67,2)
CANADA	**44 807**	**85 341**	**52,5 (52,2–52,8)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G13.4 Durée moyenne de séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005

Province/territoire	Nombre d'acc. par voie vaginale à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET) pour un acc. par voie vaginale	Nombre d'acc. par césarienne à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET) pour un acc. par césarienne
Terre-Neuve-et-Labrador	3 107	3,2 (2,0)	1 257	4,8 (3,1)
Île-du-Prince-Édouard	910	3,1 (1,5)	457	5,0 (2,4)
Nouvelle-Écosse	5 997	2,9 (2,0)	2 322	4,4 (2,7)
Nouveau-Brunswick	4 692	2,7 (1,5)	1 856	4,3 (2,5)
Québec	55 828	2,6 (1,3)	15 964	4,3 (2,3)
Ontario	96 801	2,1 (1,3)	35 344	3,7 (2,0)
Manitoba	10 737	2,4 (1,3)	2 788	4,1 (2,4)
Saskatchewan	9 365	2,6 (1,5)	2 372	4,1 (2,2)
Alberta	29 656	1,8 (1,3)	10 092	3,6 (2,2)
Colombie-Britannique	27 104	2,2 (1,6)	11 579	3,9 (2,3)
Yukon	240	3,0 (1,5)	90	4,0 (1,8)
Territoires du Nord-Ouest	523	2,7 (1,8)	152	4,5 (2,1)
Nunavut	677	2,1 (1,4)	74	4,5 (2,9)
Non disponible	2 996	2,2 (1,4)	994	3,5 (2,6)
CANADA	**248 633**	**2,2 (1,4)**	**85 341**	**3,9 (2,2)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
ET—écart-type

TABLEAU G14.1 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, nouveau-nés à terme

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Nouveau-nés dont la DS est de <2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés dont la DS est de <2 jours pour 100 naissances vivantes à l'hôpital
1995–1996	71 311	355 452	20,1
1996–1997	70 275	341 108	20,6
1997–1998	75 376	328 507	22,9
1998–1999	78 995	320 043	24,7
1999–2000	74 770	316 780	23,6
2000–2001	68 883	305 702	22,5
2001–2002	73 296	310 741	23,6
2002–2003	75 729	305 906	24,8
2003–2004	85 216	313 658	27,2
2004–2005	86 130	310 551	27,7

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
DS—durée du séjour

TABLEAU G14.2 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, nouveau-nés à terme, selon la province/le territoire

*Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées**

Province/territoire	Nouveau-nés dont la DS est de <2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés dont la DS est de <2 jours pour 100 naissances vivantes à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	1 251	12 771	9,8 (9,3–10,3)
Île-du-Prince-Édouard	76	3 914	1,9 (1,5–2,4)
Nouvelle-Écosse	3 757	24 056	15,6 (15,2–16,1)
Nouveau-Brunswick	1 724	19 159	9,0 (8,6–9,4)
Québec	14 781	200 294	7,4 (7,3–7,5)
Ontario	118 899	369 884	32,1 (32,0–32,3)
Manitoba	7 761	38 050	20,4 (20,0–20,8)
Saskatchewan	6 830	32 702	20,9 (20,4–21,3)
Alberta	52 575	110 024	47,8 (47,5–48,1)
Colombie-Britannique	35 151	108 641	32,4 (32,1–32,6)
Yukon	135	917	14,7 (12,5–17,2)
Territoires du Nord-Ouest	353	1 849	19,1 (17,3–21,0)
Nunavut	559	1 280	43,7 (40,9–46,4)
Non disponible	3 223	6 574	49,0 (47,8–50,2)
CANADA	**247 075**	**930 115**	**26,6 (26,5–26,7)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.
DS—durée du séjour
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G14.3 Durée moyenne du séjour (DS) du nouveau-né à l'hôpital après l'accouchement, nouveau-nés à terme

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)
1995–1996	355 452	2,6 (1,7)
1996–1997	341 108	2,5 (1,6)
1997–1998	328 507	2,5 (1,6)
1998–1999	320 043	2,4 (1,6)
1999–2000	316 780	2,4 (1,6)
2000–2001	305 702	2,4 (1,5)
2001–2002	310 741	2,4 (1,5)
2002–2003	305 906	2,4 (1,5)
2003–2004	313 658	2,3 (1,5)
2004–2005	310 551	2,3 (1,5)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
ET—écart-type

TABLEAU G14.4 Durée moyenne du séjour (DS) du nouveau-né à l'hôpital après la naissance, nouveau-nés à terme, selon la province/le territoire

*Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées**

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)
Terre-Neuve-et-Labrador	12 771	2,9 (1,6)
Île-du-Prince-Édouard	3 914	3,4 (1,7)
Nouvelle-Écosse	24 056	2,7 (1,7)
Nouveau-Brunswick	19 159	2,8 (1,8)
Québec	200 294	2,7 (1,5)
Ontario	369 884	2,2 (1,4)
Manitoba	38 050	2,4 (1,6)
Saskatchewan	32 702	2,5 (1,7)
Alberta	110 024	1,9 (1,3)
Colombie-Britannique	108 641	2,3 (1,6)
Yukon	917	2,9 (1,5)
Territoires du Nord-Ouest	1 849	2,7 (1,5)
Nunavut	1 280	2,0 (1,5)
Non disponible	6 574	2,0 (1,6)
CANADA	**930 115**	**2,3 (1,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.
ET—écart-type

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

TABLEAU G15.1 Ratio de mortalité maternelle (RMM)

*Canada, 1981–2004**

Année	Nombre de naissances vivantes	Toutes les morts maternelles		Morts maternelles directes	
		Décès	Ratio (IC à 95 %) pour 100 000 naissances vivantes	Décès	Ratio (IC à 95 %) pour 100 000 naissances vivantes
1981–1983	1 118 117	50	4,5 (3,3–5,9)	44	3,9 (2,9–5,3)
1984–1986	1 125 671	38	3,4 (2,4–4,7)	35	3,1 (2,2–4,3)
1987–1989	1 139 198	49	4,3 (3,2–5,7)	48	4,2 (3,1–5,6)
1990–1992	1 206 650	41	3,4 (2,4–4,6)	37	3,1 (2,2–4,3)
1993–1995	1 151 502	46	4,0 (2,9–5,3)	39	3,4 (2,4–4,7)
1996–1998	1 057 180	50	4,7 (3,5–6,2)	48	4,5 (3,4–6,0)
1999–2001**	998 826	42	4,2 (3,1–5,7)	32	3,1 (2,2–4,5)
2002–2004**	1 001 064	55	5,5 (4,2–7,2)	41	4,1 (2,9–5,6)

Sources : Années 1981–1983[5,6] (page 110). Années 1984–2004 : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1984–2004.

* Morts de 1981 à 1999 classées en fonction de la CIM-9; morts de 2000–2004 classées en fonction de la CIM-10.

** Pour les années 2000–2004, on a exclu les morts attribuables aux codes 096 et 097 de la CIM-10 (morts maternelles tardives) de façon à présenter plus fidèlement les tendances temporelles.

Note : Les morts attribuables à des troubles cérébrovasculaires et aux suites de couches sont considérées comme des causes de décès indirectes dans la CIM-10 et directes dans la CIM-9.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G16.1 Incidence de l'embolie amniotique, de l'hémorragie postpartum (HPP), de l'HPP atonique et de l'HPP nécessitant une hystérectomie

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Nombre d'acc. à l'hôpital	Embolie amniotique		HPP		HPP atonique		HPP avec hystérectomie	
		Nombre de cas	Incidence pour 100 000 acc. à l'hôpital	Nombre de cas	Incidence pour 1 000 acc. à l'hôpital	Nombre de cas	Incidence pour 1 000 acc. à l'hôpital	Nombre de cas	Incidence pour 100 000 acc. à l'hôpital
1995–1996	373 731	25	6,7	17 118	45,8	12 648	33,8	131	35,1
1996–1997	359 101	23	6,4	17 166	47,8	13 046	36,3	117	32,6
1997–1998	345 713	27	7,8	16 763	48,5	12 622	36,5	128	37,0
1998–1999	338 368	19	5,6	17 268	51,0	13 302	39,3	134	39,6
1999–2000	335 656	11	3,3	17 982	53,6	14 081	42,0	153	45,6
2000–2001	324 631	16	4,9	17 467	53,8	13 764	42,4	141	43,4
2001–2002	329 607	25	7,6	17 129	52,0	13 321	40,4	154	46,7
2002–2003	325 277	31	9,5	16 591	51,0	12 815	39,4	144	44,3
2003–2004	334 154	23	6,9	16 503	49,4	12 654	37,9	169	50,6
2004–2005	333 974	22	6,6	16 628	49,8	12 909	38,7	136	40,7
TOTAL	**3 400 212**	**222**	**6,5**	**170 615**	**50,2**	**131 162**	**38,6**	**1 407**	**41,4**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G16.2 Incidence de l'hémorragie postpartum (HPP) et de l'HPP atonique, selon la province/le territoire

*Canada, 2002–2003 à 2004–2005**

Province/territoire	Nombre d'acc. à l'hôpital	HPP		HPP atonique	
		Nombre de cas	Incidence (IC à 95 %) pour 1 000 acc. à l'hôpital	Nombre de cas	Incidence (IC à 95 %) pour 1 000 acc. à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	13 453	429	31,9 (29,0–35,0)	344	25,6 (23,0–28,4)
Île-du-Prince-Édouard	4 095	118	28,8 (23,9–34,4)	87	21,2 (17,1–26,1)
Nouvelle-Écosse	25 200	1 257	49,9 (47,2–52,6)	973	38,6 (36,3–41,1)
Nouveau-Brunswick	20 427	635	31,1 (28,7–33,6)	471	23,1 (21,0–25,2)
Québec	213 495	10 136	47,5 (46,6–48,4)	7 854	36,8 (36,0–37,6)
Ontario	391 648	14 418	36,8 (36,2–37,4)	10 605	27,1 (26,6–27,6)
Manitoba	40 983	1 837	44,8 (42,8–46,9)	1 395	34,0 (32,3–35,8)
Saskatchewan	34 859	3 743	107,4 (104,1–110,7)	3 247	93,1 (90,1–96,2)
Alberta	117 041	8 729	74,6 (73,1–76,1)	6 969	59,5 (58,2–60,9)
Colombie-Britannique	115 137	7 336	63,7 (62,3–65,1)	5 637	49,0 (47,7–50,2)
Yukon	967	135	139,6 (118,4–163,1)	116	120,0 (100,1–142,1)
Territoires du Nord-Ouest	2 039	170	83,4 (71,7–96,2)	94	46,1 (37,4–56,1)
Nunavut	1 436	137	95,4 (80,7–111,8)	86	59,9 (48,2–111,8)
Non disponible	12 625	642	50,9 (47,1–54,8)	500	39,6 (36,3–43,2)
CANADA	**993 405**	**49 722**	**50,1 (49,6–50,5)**	**38 378**	**38,6 (38,3–39,0)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000–2001 à 2004–2005.
* On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G17.1 Ratio et taux d'avortement provoqué*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–2004*

Année	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naissances vivantes	Nombre de femmes âgées de 15 à 44 ans	Avortements provoqués pour 100 naissances vivantes	Avortements provoqués pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans
1995	62 153	231 753	4 229 099	26,8	14,7
1996	64 741	226 188	4 245 799	28,6	15,2
1997	67 663	215 594	4 247 987	31,4	15,9
1998	67 879	209 800	4 233 808	32,4	16,0
1999	65 685	206 169	4 216 383	31,9	15,6
2000	65 883	200 474	4 194 313	32,9	15,7
2001	67 591	202 035	4 178 561	33,5	16,2
2002	67 016	199 548	4 161 237	33,6	16,1
2003	67 102	203 517	4 145 495	33,0	16,2
2004	64 856	204 521	4 146 738	31,7	15,6

Sources : Statistique Canada, Issues de la grossesse 2004—n° 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada, CANSIM II, tableau 051–0001—Estimations de la population canadienne, 1995–2004.
* Inclut les avortements pratiqués sur des résidentes canadiennes dans des états des États-Unis (avant 2004). Inclut les cas dont l'âge n'est pas indiqué, ainsi que les avortements pratiqués sur des femmes de ≤14 ans et de ≥45 ans. Le taux est fondé sur la population féminine de 15 à 44 ans. Les chiffres peuvent inclure des avortements subis au Canada par des non-résidentes canadiennes. En 2002 et 2003, on a exclu les données du Nunavut parce que les rapports sont incomplets.
** Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G17.2 Ratio et taux d'avortement provoqué*, selon la province/le territoire

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario, du Yukon et du Nunavut)**, 2004*

Province/territoire	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naissances vivantes	Nombre de femmes âgées de 15 à 44 ans	Avortements provoqués (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes	Avortements provoqués (IC à 95 %) pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans
Terre-Neuve-et-Labrador	902	4 488	110 973	20,1 (18,9–21,3)	8,1 (7,6–8,7)
Île-du-Prince-Édouard	143	1 390	28 956	10,3 (8,7–12,0)	4,9 (4,2–5,8)
Nouvelle-Écosse	1 905	8 734	197 267	21,8 (20,9–22,7)	9,7 (9,2–10,1)
Nouveau-Brunswick	920	6 959	157 517	13,2 (12,4–14,0)	5,8 (5,5–6,2)
Québec	30 616	74 072	1 559 000	41,3 (41,0–41,7)	19,6 (19,4–19,9)
Manitoba	2 661	13 811	242 728	19,3 (18,6–19,9)	11,0 (10,6–11,4)
Saskatchewan	1 888	11 983	203 325	15,8 (15,1–16,4)	9,3 (8,9–9,7)
Alberta	11 098	40 779	719 968	27,2 (26,8–27,6)	15,4 (15,1–15,7)
Colombie-Britannique	14 145	40 489	902 252	34,9 (34,5–35,4)	15,7 (15,4–15,9)
Territoires du Nord-Ouest	261	698	10 536	37,4 (33,8–41,1)	24,8 (21,9–27,9)
CANADA	**64 539**	**203 403**	**4 132 522**	**31,7 (31,5–31,9)**	**15,6 (15,5–15,7)**

Sources : Statistique Canada, Issues de la grossesse 2004—n° 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada, CANSIM II, tableau 051–0001—Estimations de la population canadienne, 1995–2004.
* Inclut des cas dont l'âge n'est pas précisé et des avortements chez des jeunes filles de 14 ans ou moins et des femmes de 45 ans ou plus. Le taux est fondé sur la population féminine de 15 à 44 ans. On a pu attribuer la province ou le territoire de résidence parce qu'il manquait de l'information. Les chiffres peuvent inclure des avortements subis au Canada par des non-résidentes canadiennes.
** Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.* En 2004, les chiffres étaient trop faibles pour produire un rapport au Nunavut et au Yukon.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G17.3 Ratio et taux d'avortement provoqué, selon l'âge

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Âge (ans)	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de femmes	Taux d'avortement provoqué (IC à 95 %) pour 1 000 femmes
<15**	253	129 642	2,0 (1,7–2,2)
15–19	11 451	632 334	18,1 (17,8–18,4)
20–24	20 705	671 750	30,8 (30,4–31,2)
25–29	14 185	651 910	21,8 (21,4–22,1)
30–34	9 438	653 406	14,4 (14,2–14,7)
35–39	6 162	709 169	8,7 (8,5–8,9)
40–44***	2 658	828 169	3,2 (3,1–3,3)

Âge (ans)	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naissances vivantes	Ratio d'avortement provoqué (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes
<15**	253	90	281,1 (247,5–318,0)
15–19	11 451	9 754	117,4 (115,3–119,6)
20–24	20 705	37 573	55,1 (54,6–55,6)
25–29	14 185	65 471	21,7 (21,4–22,0)
30–34	9 438	60 057	15,7 (15,4–16,0)
35–39	6 162	26 335	23,4 (22,9–23,9)
40–44***	2 658	5 239	50,7 (49,4–52,1)

Sources : Ottawa : Statistique Canada, Issues de la grossesse—(Nº 82-224-XIF au catalogue).
Statistique Canada, CANSIM II, tableau 051–0001—Estimations de la population canadienne, 1995–2004.

* Peut inclure des avortements pratiqués au Canada sur des non-résidentes canadiennes. Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Taux fondé sur la population des femmes âgées de 14 ans.

*** Inclut les avortements provoqués chez des femmes de ≥45 ans. Taux fondé sur la population des femmes âgées de 40 à 44 ans.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G18.1 Taux de grossesse ectopique

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Nombre de grossesses déclarées*	Nombre de grossesses ectopiques	Grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses déclarées
1995–1996	405 155	6 981	17,2
1996–1997	386 503	6 507	16,8
1997–1998	370 406	6 020	16,3
1998–1999	361 042	5 786	16,0
1999–2000	357 285	5 252	14,7
2000–2001	344 780	4 988	14,5
2001–2002	348 773	4 716	13,5
2002–2003	343 434	4 464	13,0
2003–2004	351 754	4 271	12,1
2004–2005	351 724	4 194	11,9

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

* Les grossesses déclarées incluent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués à l'hôpital en service interne et les grossesses ectopiques prises en charge en service interne, mais non les avortements spontanés, les avortements provoqués par chirurgie de jour à l'hôpital, les avortements provoqués en clinique ou les grossesses ectopiques prises en charge en service externe.

TABLEAU G18.2 Taux de grossesse ectopique, selon la province/le territoire

Canada, 2004–2005

Province/territoire	Nombre de grossesses déclarées*	Nombre de grossesses ectopiques	Grossesses ectopiques (IC à 95 %) pour 1 000 grossesses déclarées
Terre-Neuve-et-Labrador	4 606	49	10,6 (7,9–14,0)
Île-du-Prince-Édouard	1 419	8	5,6 (2,4–11,1)
Nouvelle-Écosse	8 553	63	7,4 (5,7–9,4)
Nouveau-Brunswick	6 928	75	10,8 (8,5–13,6)
Québec	75 660	873	11,5 (10,8–12,3)
Ontario	137 632	1 546	11,2 (10,7–11,8)
Manitoba	14 729	220	14,9 (13,0–17,0)
Saskatchewan	12 488	161	12,9 (11,0–15,0)
Alberta	42 580	552	13,0 (11,9–14,1)
Colombie-Britannique	40 949	519	12,7 (11,6–13,8)
Yukon	360	11	30,6 (15,4–54,0)
Territoires du Nord-Ouest	758	25	33,0 (21,5–48,3)
Nunavut	824	12	14,6 (7,5–25,3)
Non disponible	4 238	80	18,9 (15,0–23,4)
CANADA	**351 724**	**4 194**	**11,9 (11,6–12,3)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.

* Les grossesses déclarées incluent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués à l'hôpital en service interne et les grossesses ectopiques prises en charge en service interne, mais non les avortements spontanés, les avortements provoqués par chirurgie de jour à l'hôpital, les avortements provoqués en clinique ou les grossesses ectopiques prises en charge en service externe.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G18.3 Taux de grossesse ectopique, selon l'âge de la mère*

Canada, 2004–2005

Âge (ans)	Nombre de grossesses déclarées**	Nombre de grossesses ectopiques	Grossesses ectopiques (IC à 95 %) pour 1 000 grossesses déclarées
15–19	15 746	215	13,7 (11,9–15,6)
20–24	58 708	659	11,2 (10,4–12,1)
25–29	107 417	1 038	9,7 (9,1–10,3)
30–34	108 351	1 211	11,2 (10,6–11,8)
35–39	50 467	811	16,1 (15,0–17,2)
40–44	10 413	249	23,9 (21,1–27,0)
45–49	457	9	19,7 (9,0–37,1)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004–2005.
* Exclut les cas dont l'âge de la mère est inconnu.
** Les grossesses déclarées incluent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués à l'hôpital en service interne et les grossesses ectopiques prises en charge en service interne, mais non les avortements spontanés, les avortements provoqués par chirurgie de jour à l'hôpital, les avortements provoqués en clinique ou les grossesses ectopiques prises en charge en service externe.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G19.1 Taux de réadmission de la mère dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital après un accouchement

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Accouchement par voie vaginale*			Césarienne*		
	Nombre de réadmissions	Nombre d'acc. à l'hôpital	Réadmissions pour 100 acc. à l'hôpital*	Nombre de réadmissions	Nombre d'acc. à l'hôpital	Réadmissions pour 100 acc. à l'hôpital*
1995–1996	4 776	319 320	1,5	1 728	61 661	2,8
1996–1997	4 718	303 547	1,6	1 742	61 449	2,8
1997–1998	4 843	294 655	1,6	1 852	60 991	3,0
1998–1999	5 267	289 571	1,8	2 010	62 088	3,2
1999–2000	5 780	285 177	2,0	2 348	64 105	3,7
2000–2001**	4 838	257 349	1,9	2 155	63 992	3,4
2001–2002**	4 059	256 325	1,6	1 987	69 387	2,9
2002–2003**	3 903	262 742	1,6	1 950	72 145	2,7
2003–2004	4 588	250 434	1,7	2 537	80 496	3,2
2004–2005***	3 553	198 652	1,8	1 936	62 947	3,1

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
* Seulement pour les femmes pour lesquelles un numéro de carte santé brouillé était disponible.
** On a exclu les données de 2000–2001 à 2002–2003 pour le Manitoba parce qu'on ne disposait pas de numéros de carte santé complets pour environ 70 % des dossiers d'hôpital dans la BDMH, ce qui n'a pas permis d'établir de lien avec les cas de réadmission. L'*annexe A* contient d'autres détails.
*** Pour 2004–2005, le dénominateur (c.-à-d. le nombre d'accouchements à l'hôpital) inclut seulement la période de neuf mois du 1er avril au 31 décembre 2004 afin de permettre une période de 90 jours où déterminer les réadmissions.

TABLEAU G19.2 Taux de réadmission de la mère dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital après un accouchement*, selon la province/le territoire

*Canada**, 2002–2003 à 2004–2005 combinées****

A. Accouchements par voie vaginale

Province/territoire	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Réadmissions (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	223	9 542	2,3 (2,0–2,7)
Île-du-Prince-Édouard	84	2 820	3,0 (2,4–3,7)
Nouvelle-Écosse	298	17 355	1,7 (1,5–1,9)
Nouveau-Brunswick	429	14 539	3,0 (2,7–3,2)
Québec	2 830	163 353	1,7 (1,7–1,8)
Ontario	3 362	279 713	1,2 (1,2–1,2)
Manitoba**	560	20 929	2,7 (2,5–2,9)
Saskatchewan	646	27 454	2,4 (2,2–2,5)
Alberta	1 891	88 583	2,1 (2,0–2,2)
Colombie-Britannique	1 620	81 162	2,0 (1,9–2,1)
Yukon	19	738	2,6 (1,6–4,0)
Territoires du Nord-Ouest	45	1 578	2,9 (2,1–3,8)
Nunavut	33	1 214	2,7 (1,9–3,8)
Non disponible	4	618	0,6 (0,2–1,6)
CANADA	**12 044**	**709 638**	**1,7 (1,7–1,7)**

B. Accouchements par césarienne

Province/territoire	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Réadmissions (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital
Terre-Neuve-et-Labrador	99	3 272	3,0 (2,5–3,7)
Île-du-Prince-Édouard	72	1 098	6,6 (5,2–8,2)
Nouvelle-Écosse	196	6 310	3,1 (2,7–3,6)
Nouveau-Brunswick	264	5 284	5,0 (4,4–5,6)
Québec	1 202	41 284	2,9 (2,8–3,1)
Ontario	2 014	90 441	2,2 (2,1–2,3)
Manitoba**	250	4 686	5,3 (4,7–6,0)
Saskatchewan	294	6 334	4,6 (4,1–5,2)
Alberta	982	25 777	3,8 (3,6–4,1)
Colombie-Britannique	1 007	30 166	3,3 (3,1–3,5)
Yukon	9	215	4,2 (1,9–7,8)
Territoires du Nord-Ouest	21	416	5,0 (3,2–7,6)
Nunavut	9	113	8,0 (3,7–14,6)
Non disponible	4	192	2,1 (0,6–5,2)
CANADA	**6 423**	**215 588**	**3,0 (2,9–3,1)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.

* Seulement pour les femmes pour lesquelles un numéro de carte santé brouillé était disponible.

** On a exclu les données de 2002–2003 pour le Manitoba parce qu'on ne disposait pas de numéros de carte santé complets pour environ 70 % des dossiers d'hôpital dans la BDMH, ce qui n'a pas permis d'établir de lien avec les cas de réadmission. L'*annexe A* contient d'autres détails.

*** On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G19.3 Diagnostic principal au moment de la réadmission de la mère dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital après un accouchement*, selon la méthode d'accouchement

*Canada**, 2002–2003 à 2004–2005 combinées****

Diagnostic principal au moment de la réadmission	Méthode d'accouchement					
	Total réadmission de la mère		Césarienne réadmission de la mère		Vaginale réadmission de la mère	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1. Hémorragie postpartum	2 542	13,8	412	6,4	2 130	17,7
2. Infection puerpérale grave	2 063	11,2	797	12,4	1 266	10,5
3. Lithiase biliaire	1 862	10,1	544	8,5	1 318	10,9
4. Complications de la grossesse, non classées ailleurs	1 422	7,7	1 024	15,9	398	3,3
5. Complications des suites de couches, autres et sans précision	927	5,0	676	10,5	251	2,1
6. Personnes cherchant à consulter sans se plaindre d'être malades, soins postpartum et examen	749	4,1	187	2,9	562	4,7
7. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches	578	3,1	231	3,6	347	2,9
8. Trouble dépressif et psychose de l'humeur/affectivité	521	2,8	131	2,0	390	3,2
9. Infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement	463	2,5	115	1,8	348	2,9
10. Appendicite aiguë	413	2,2	102	1,6	311	2,6
11. Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches	367	2,0	135	2,1	232	1,9
12. Symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin	257	1,4	90	1,4	167	1,4
13. Pancréatite aiguë	244	1,3	71	1,1	173	1,4
14. Rétention du placenta	211	1,1	29	0,5	182	1,5
15. Complications d'interventions, non classées ailleurs	205	1,1	94	1,5	111	0,9
16. Calcul du rein et de l'uretère	190	1,0	52	0,8	138	1,1
17. Autres diagnostics	5 453	29,5	1 733	27,0	3 720	30,9
TOTAL	**18 467**	**100**	**6 423**	**100**	**12 044**	**100**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
* Seulement pour les femmes pour lesquelles un numéro de carte santé brouillé était disponible.
** On a exclu les données de 2002–2003 pour le Manitoba parce qu'on ne disposait pas de numéros de carte santé complets pour environ 70 % des dossiers d'hôpital dans la BDMH, ce qui n'a pas permis d'établir de lien avec les cas de réadmission. L'*annexe A* contient d'autres détails.
*** On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.

TABLEAU G20.1 Taux de prématurité

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Nombre de naissances vivantes**	Nombre de naissances prématurées <32 semaines	Naissance prématurées <32 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées 32–36 semaines	Naissance prématurées 32–36 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées <37 semaines	Naissance prématurées <37 semaines pour 100 naissances vivantes
1995	231 436	2 350	1,0	13 775	6,0	16 125	7,0
1996	224 520	2 333	1,0	13 559	6,1	15 892	7,1
1997	214 414	2 296	1,1	12 878	6,0	15 174	7,1
1998	209 629	2 178	1,1	12 831	6,1	15 009	7,2
1999	206 004	2 197	1,1	13 016	6,3	15 213	7,4
2000	200 358	2 203	1,1	13 088	6,5	15 291	7,6
2001	201 068	2 204	1,1	12 906	6,4	15 110	7,5
2002	199 435	2 211	1,1	12 929	6,5	15 140	7,6
2003	203 422	2 397	1,2	13 625	6,7	16 022	7,9
2004	203 565	2 446	1,2	14 235	7,0	16 681	8,2

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU G20.2 Taux de prématurité associé aux naissances simples et multiples

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Pluralité	Nombre de naissances vivantes**	Nombre de naissances prématurées <32 semaines	Naissance prématurées <32 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées 32–36 semaines	Naissance prématurées 32–36 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées <37 semaines	Naissance prématurées <37 semaines pour 100 naissances vivantes
Simples	197 539	1 768	0,9	11 392	5,8	13 160	6,7
Jumeaux	5 798	609	10,5	2 693	46,5	3 302	57,0
Triplets ou plus	228	69	30,3	150	65,8	219	96,1
Toutes naissances vivantes	**203 565**	**2 446**	**1,2**	**14 235**	**7,0**	**16 681**	**8,2**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU G20.3 Taux de prématurité, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes**	Nombre de naissances prématurées <32 semaines	Naissances prématurées <32 semaines (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées 32–36 semaines	Naissances prématurées 32–36 semaines (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées <37 semaines	Naissances prématurées <37 semaines (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes
Terre-Neuve-et-Labrador	4 470	64	1,4 (1,1–1,8)	310	7,0 (6,2–7,7)	374	8,4 (7,6–9,2)
Île-du-Prince-Édouard	1 390	20	1,4 (0,9–2,2)	91	6,6 (5,3–8,0)	111	8,0 (6,6–9,5)
Nouvelle-Écosse	8 732	109	1,3 (1,0–1,5)	571	6,5 (6,0–7,1)	680	7,8 (7,2–8,4)
Nouveau-Brunswick	6 959	88	1,2 (1,0–1,6)	471	6,8 (6,2–7,4)	559	8,0 (7,4–8,7)
Québec	73 310	806	1,1 (1,0–1,2)	5 107	7,0 (6,8–7,2)	5 913	8,1 (7,9–8,3)
Manitoba	13 777	168	1,2 (1,0–1,4)	974	7,1 (6,6–7,5)	1 142	8,3 (7,8–8,8)
Saskatchewan	11 981	153	1,3 (1,1–1,5)	733	6,1 (5,7–6,6)	886	7,4 (6,9–7,9)
Alberta	40 777	559	1,4 (1,3–1,5)	3 159	7,7 (7,5–8,0)	3 718	9,1 (8,8–9,4)
Colombie-Britannique	40 420	456	1,1 (1,0–1,2)	2 657	6,6 (6,3–6,8)	3 113	7,7 (7,4–8,0)
Yukon	365	5	1,4 (0,4–3,2)	29	7,9 (5,4–11,2)	34	9,3 (6,5–12,8)
Territoires du Nord-Ouest	644	11	1,7 (0,9–3,0)	50	7,8 (5,8–10,1)	61	9,5 (7,3–12,0)
Nunavut	740	7	1,0 (0,4–1,9)	83	11,2 (9,0–13,7)	90	12,2 (9,9–14,7)
CANADA	**203 565**	**2 446**	**1,2 (1,2–1,2)**	**14 235**	**7,0 (6,9–7,1)**	**16 681**	**8,2 (8,1–8,3)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G21.1 Taux de postmaturité

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Nombre de naissances postmaturées	Nombre de naissances vivantes**	Naissances postmaturées pour 100 naissances vivantes
1995	5 751	231 436	2,5
1996	4 353	224 520	1,9
1997	3 928	214 414	1,8
1998	3 439	209 629	1,6
1999	2 999	206 004	1,5
2000	2 397	200 358	1,2
2001	2 301	201 068	1,1
2002	2 085	199 435	1,0
2003	1 875	203 422	0,9
2004	1 540	203 565	0,8

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU G21.2 Taux de postmaturité, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	Nombre de naissances postmaturées	Nombre de naissances vivantes**	Naissances postmaturées (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes
Terre-Neuve-et-Labrador	27	4 470	0,6 (0,4–0,9)
Île-du-Prince-Édouard	12	1 390	0,9 (0,4–1,5)
Nouvelle-Écosse	115	8 732	1,3 (1,1–1,6)
Nouveau-Brunswick	49	6 959	0,7 (0,5–0,9)
Québec	225	73 310	0,3 (0,3–0,3)
Manitoba	329	13 777	2,4 (2,1–2,7)
Saskatchewan	125	11 981	1,0 (0,9–1,2)
Alberta	339	40 777	0,8 (0,7–0,9)
Colombie-Britannique	296	40 420	0,7 (0,7–0,8)
Yukon	14	365	3,8 (2,1–6,4)
Territoires du Nord-Ouest	9	644	1,4 (0,6–2,6)
Nunavut	0	740	0,0 (0,0–0,5)
CANADA	**1 540**	**203 565**	**0,8 (0,7–0,8)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G22.1 Taux d'hypotrophie néonatale

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Nombre de naissances vivantes simples présentant une hypotrophie néonatale	Nombre de naissances vivantes simples**	Nombre de naissances vivantes pour 100 naissances vivantes simples**
1995	22 704	224 864	10,1
1996	20 726	218 246	9,5
1997	19 783	207 926	9,5
1998	18 649	204 004	9,1
1999	16 904	200 486	8,4
2000	15 354	194 919	7,9
2001	15 634	194 524	8,0
2002	15 521	193 071	8,0
2003	15 471	196 624	7,9
2004	15 283	196 472	7,8

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le dixième percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel.

TABLEAU G22.2 Taux d'hypotrophie néonatale, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes simples présentant une hypotrophie néonatale	Nombre de naissances vivantes simples**	Naissances vivantes présentant une hypotrophie néonatale (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes simples**
Terre-Neuve-et-Labrador	312	4 341	7,2 (6,4–8,0)
Île-du-Prince-Édouard	102	1 351	7,5 (6,2–9,1)
Nouvelle-Écosse	656	8 437	7,8 (7,2–8,4)
Nouveau-Brunswick	482	6 743	7,1 (6,5–7,8)
Québec	5 512	70 278	7,8 (7,6–8,0)
Manitoba	1 010	13 382	7,5 (7,1–8,0)
Saskatchewan	816	11 688	7,0 (6,5–7,5)
Alberta	3 318	39 362	8,4 (8,2–8,7)
Colombie-Britannique	2 976	39 202	7,6 (7,3–7,9)
Yukon	23	351	6,6 (4,2–9,7)
Territoires du Nord-Ouest	31	612	5,1 (3,5–7,1)
Nunavut	45	725	6,2 (4,6–8,2)
CANADA	**15 283**	**196 472**	**7,8 (7,7–7,9)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*Annexe H*.
** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le dixième percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G23.1 Taux d'hypertrophie néonatale

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Nombre de naissances vivantes simples présentant une hypertrophie néonatale	Nombre de naissances vivantes simples**	Naissances vivantes présentant une hypertrophie néonatale pour 100 naissances vivantes simples**
1995	22 137	224 864	9,8
1996	22 966	218 246	10,5
1997	21 111	207 926	10,2
1998	22 015	204 004	10,8
1999	22 310	200 486	11,1
2000	23 351	194 919	12,0
2001	22 926	194 524	11,8
2002	22 473	193 071	11,6
2003	22 711	196 624	11,6
2004	22 758	196 472	11,6

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le 90e percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel.

TABLEAU G23.2 Taux d'hypertrophie néonatale, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	Nombre de naissances vivantes simples présentant une hypertrophie néonatale	Nombre de naissances vivantes simples**	Naissances vivantes présentant une hypertrophie néonatale (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes simples**
Terre-Neuve-et-Labrador	623	4 341	14,4 (13,3–15,4)
Île-du-Prince-Édouard	211	1 351	15,6 (13,7–17,7)
Nouvelle-Écosse	1 153	8 437	13,7 (12,9–14,4)
Nouveau-Brunswick	911	6 743	13,5 (12,7–14,3)
Québec	7 182	70 278	10,2 (10,0–10,4)
Manitoba	1 987	13 382	14,8 (14,2–15,5)
Saskatchewan	1 619	11 688	13,9 (13,2–14,5)
Alberta	4 229	39 362	10,7 (10,4–11,1)
Colombie-Britannique	4 559	39 202	11,6 (11,3–12,0)
Yukon	51	351	14,5 (11,0–18,7)
Territoires du Nord-Ouest	125	612	20,4 (17,3–23,8)
Nunavut	108	725	14,9 (12,4–17,7)
CANADA	**22 758**	**196 472**	**11,6 (11,4–11,7)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le 90e percentile du poids à la naissance selon le sexe compte tenu de l'âge gestationnel.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G24.1 Taux de mortalité fœtale

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Morts fœtales (brut)**			Morts fœtales ≥500 g***		
	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Décès pour 1 000 naissance totales	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Décès pour 1 000 naissances totales
1995	1 380	233 127	5,9	1 082	232 636	4,7
1996	1 220	227 408	5,4	972	226 967	4,3
1997	1 263	216 853	5,8	983	216 373	4,5
1998	1 141	210 935	5,4	866	210 493	4,1
1999	1 229	207 387	5,9	933	206 903	4,5
2000	1 175	201 633	5,8	903	201 183	4,5
2001	1 199	203 231	5,9	945	202 773	4,7
2002	1 191	201 461	5,9	854	200 894	4,3
2003	1 197	205 470	5,8	841	204 863	4,1
2004	1 231	205 746	6,0	872	205 111	4,3

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
** Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.
*** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel est de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.

TABLEAU G24.2 Taux de mortalité fœtale, selon la province/région

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/Région	Morts fœtales (brut)**			Morts fœtales ≥500 g***		
	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Morts (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales**	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Morts (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales**
Terre-Neuve-et-Labrador	20	4 508	4,4 (2,7–6,8)	16	4 497	3,6 (2,0–5,8)
Île-du-Prince-Édouard§	5	1 395	3,6 (1,2–8,3)	6	1 383	4,3 (1,6–9,4)
Nouvelle-Écosse	77	8 811	8,7 (6,9–10,9)	40	8 760	4,6 (3,3–6,2)
Nouveau-Brunswick	38	6 997	5,4 (3,8–7,4)	28	6 986	4,0 (2,7–5,8)
Québec§	297	74 369	4,0 (3,6–4,5)	281	73 682	3,8 (3,4–4,3)
Manitoba	118	13 929	8,5 (7,0–10,1)	77	13 866	5,6 (4,4–6,9)
Saskatchewan	90	12 073	7,5 (6,0–9,2)	62	12 032	5,2 (4,0–6,6)
Alberta	288	41 067	7,0 (6,2–7,9)	186	40 888	4,5 (3,9–5,3)
Colombie-Britannique	285	40 774	7,0 (6,2–7,8)	156	40 600	3,8 (3,3–4,5)
Territoires§	13	1 823	7,1 (3,8–12,2)	12	1 776	6,6 (3,5–11,8)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
** Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.
*** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel est de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.
§ Les chiffres sur les morts fœtales de 500 g ou plus survenues à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et dans les trois territoires représentent une moyenne des morts survenues pendant la période de 2002 à 2004 à cause de leur faible nombre et de préoccupations soulevées par la divulgation résiduelle.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G24.3 Taux de mortalité fœtale, selon les naissances simples et multiples

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Pluralité	Morts fœtales (brut)**			Morts fœtales ≥ 500 g***		
	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Morts (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Morts (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales
Totalité	1 231	205 746	6,0 (5,7–6,3)	872	205 111	4,3 (4,0–4,5)
Naissances simples	1 124	199 613	5,6 (5,3–6,0)	815	199 095	4,1 (3,8–4,4)
Naissances multiples	107	6 133	17,4 (14,3–21,0)	57	6 016	9,5 (7,2–12,3)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.
*** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel est de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G24.4 Taux de mortalité fœtale de ≥500 g, selon la cause*

*Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1995–1996 à 2003–2004*

Cause	1995–1996		1997–1998		1999–2000	
	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 naissances totales	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 naissances totales	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 naissances totales
Anomalies congénitales	228	0,50	218	0,51	208	0,51
Complications de la grossesse chez la mère	109	0,24	126	0,30	127	0,31
Complications liées au placenta, au cordon ou aux membranes	765	1,66	599	1,40	599	1,47
Hypoxie intrautérine et asphyxie à la naissance	151	0,33	115	0,27	89	0,22
Causes non précisées	471	1,02	427	1,00	412	1,01
Nombre de naissances totales	**459 603**		**426 866**		**408 086**	

Cause	2001–2002		2003–2004	
	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 naissances totales	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 naissances totales
Anomalies congénitales	181	0,45	177	0,43
Complications de la grossesse chez la mère	99	0,25	87	0,21
Complications liées au placenta, au cordon ou aux membranes	620	1,54	563	1,37
Hypoxie intrautérine et asphyxie à la naissance	86	0,21	65	0,16
Causes non précisées	440	1,09	398	0,97
Nombre de naissances totales	**403 667**		**409 974**	

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel est de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.
** Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G25.1A Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours)

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Calcul basé sur la période de naissance			Calcul basé sur la cohorte de naissance		
	Nombre de morts néonatales	Nombre de naissances vivantes	Totalité des morts néonatales (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes**	Nombre de morts néonatales ≥500 g	Nombre de naissances (vivantes)	Morts néonatales ≥500 g (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes***
1995	976	231 747	4,2 (4,0–4,5)	793	231 623	3,4 (3,2–3,7)
1996	857	226 188	3,8 (3,5–4,1)	691	225 987	3,1 (2,8–3,3)
1997	840	215 590	3,9 (3,6–4,2)	655	215 389	3,0 (2,8–3,3)
1998	762	209 789	3,6 (3,4–3,9)	635	209 633	3,0 (2,8–3,3)
1999	712	206 157	3,5 (3,2–3,7)	550	205 982	2,7 (2,5–2,9)
2000	688	200 458	3,4 (3,2–3,7)	514	200 298	2,6 (2,3–2,8)
2001	739	202 033	3,7 (3,4–3,9)	553	201 832	2,7 (2,5–3,0)
2002	757	200 270	3,8 (3,5–4,1)	542	200 057	2,7 (2,5–2,9)
2003	781	204 273	3,8 (3,6–4,1)	503	204 024	2,5 (2,3–2,7)
2004	766	204 515	3,7 (3,5–4,0)	–	–	–

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1995–2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les nourrissons qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.1B Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours)

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Calcul basé sur la période de naissance			Calcul basé sur la cohorte de naissance		
	Nombre de morts postnéonatales	Nombre de survivants néonataux	Morts postnéonatales (IC à 95 %) pour 1 000 survivants néonataux**	Nombre de morts postnéonatales ≥500 g	Nombre de survivants néonataux	Morts postnéonatales pour ≥500 g (IC à 95 %) pour 1 000 survivants néonataux***
1995	475	230 771	2,1 (1,9–2,3)	445	230 830	1,9 (1,8–2,1)
1996	392	225 331	1,7 (1,6–1,9)	358	225 296	1,6 (1,4–1,8)
1997	359	214 750	1,7 (1,5–1,9)	351	214 734	1,6 (1,5–1,8)
1998	382	209 027	1,8 (1,6–2,0)	379	208 998	1,8 (1,6–2,0)
1999	359	205 445	1,7 (1,6–1,9)	354	205 432	1,7 (1,5–1,9)
2000	336	199 770	1,7 (1,5–1,9)	317	199 784	1,6 (1,4–1,8)
2001	286	201 294	1,4 (1,3–1,6)	296	201 279	1,5 (1,3–1,6)
2002	324	199 513	1,6 (1,5–1,8)	299	199 515	1,5 (1,3–1,7)
2003	292	203 492	1,4 (1,3–1,6)	255	203 521	1,3 (1,1–1,4)
2004	273	203 749	1,3 (1,2–1,5)	–	–	–

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1995–2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.1C Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours)

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Calcul basé sur la période de naissance			Calcul basé sur la cohorte de naissance		
	Nombre de morts infantiles	Nombre de naissances vivantes	Toutes les morts infantiles (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes**	Nombre de morts infantiles ≥500 g	Nombre de naissances vivantes	Morts infantiles ≥500 g (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes***
1995	1 451	231 747	6,3 (5,9–6,6)	1 238	231 623	5,3 (5,1–5,7)
1996	1 249	226 188	5,5 (5,2–5,8)	1 049	225 987	4,6 (4,4–4,9)
1997	1 199	215 590	5,6 (5,3–5,9)	1 006	215 389	4,7 (4,4–5,0)
1998	1 144	209 789	5,5 (5,1–5,8)	1 014	209 633	4,8 (4,5–5,1)
1999	1 071	206 157	5,2 (4,9–5,4)	904	205 982	4,4 (4,1–4,7)
2000	1 024	200 458	5,1 (4,8–5,4)	831	200 298	4,1 (3,9–4,4)
2001	1 025	202 033	5,1 (4,8–5,4)	849	201 832	4,2 (3,9–4,5)
2002	1 081	200 270	5,4 (5,1–5,7)	841	200 057	4,2 (3,9–4,5)
2003	1 073	204 273	5,3 (4,9–5,6)	758	204 024	3,7 (3,5–4,0)
2004	1 039	204 515	5,1 (4,8–5,4)	–	–	–

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1995–2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.2 Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2003 et 2004*

Province/territoire	Calcul basé sur la période de naissance			Calcul basé sur la cohorte de naissance		
	Nombre de morts néonatales	Nombre de naissances vivantes	Totalité des morts néonatales (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes**	Nombre de morts néonatales ≥500 g	Nombre de naissances (cohorte)	Nombre de morts néonatales ≥500 g (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes***
Terre-Neuve-et-Labrador	16	4 488	3,6 (2,0–5,8)	13	4 625	2,8 (1,5–4,8)
Île-du-Prince-Édouard	5	1 390	3,6 (1,2–8,4)	†	1 413	† (0,0–3,9)
Nouvelle-Écosse	28	8 734	3,2 (2,1–4,6)	22	8 637	2,5 (1,6–3,9)
Nouveau-Brunswick	17	6 959	2,4 (1,4–3,9)	16	7 115	2,2 (1,3–3,6)
Québec	275	74 072	3,7 (3,3–4,2)	151	73 832	2,0 (1,7–2,4)
Manitoba	68	13 811	4,9 (3,8–6,2)	49	13 910	3,5 (2,6–4,7)
Saskatchewan	40	11 983	3,3 (2,4–4,5)	38	12 030	3,2 (2,2–4,3)
Alberta	182	40 779	4,5 (3,8–5,2)	124	40 222	3,1 (2,6–3,7)
Colombie-Britannique	125	40 489	3,1 (2,6–3,7)	83	40 451	2,1 (1,6–2,5)
Yukon	3	365	8,2 (1,7–23,8)	†	332	† (0,0–11,0)
Territoires du Nord-Ouest	0	698	0,0 (0,0–5,3)	†	697	† (0,0–8,0)
Nunavut	7	747	9,4 (3,8–19,2)	5	758	6,6 (2,1–15,3)
Inconnu	–	–	–	†	†	–
CANADA	**766**	**204 515**	**3,7 (3,5–4,0)**	**501–509**	**204 022–204 025**	**2,5 (2,3–2,7)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

† Nombre/taux supprimé à cause des petits nombres.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.3 Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2003 et 2004*

Province/territoire	Calcul basé sur la période de naissance			Calcul basé sur la cohorte de naissance		
	Nombre de morts postnéonatales	Nombre de survivants néonataux	Morts postnéonatales (IC à 95 %) pour 1 000 survivants néonataux**	Nombre de morts postnéonatales ≥500 g	Nombre de survivants néonataux	Morts postnéonatales pour ≥500 g (IC à 95 %) pour 1 000 survivants néonataux***
Terre-Neuve-et-Labrador	7	4 472	1,6 (0,6–3,2)	9	4 612	2,0 (0,9–3,7)
Île-du-Prince-Édouard	†	1 385	† (0,0–4,0)	†	1 412	† (0,2–5,1)
Nouvelle-Écosse	12	8 706	1,4 (0,7–2,4)	12	8 615	1,4 (0,7–2,4)
Nouveau-Brunswick	13	6 942	1,9 (1,0–3,2)	9	7 099	1,3 (0,6–2,4)
Québec	67	73 797	0,9 (0,7–1,2)	54	73 681	0,7 (0,6–1,0)
Manitoba	29	13 743	2,1 (1,4–3,0)	34	13 861	2,5 (1,7–3,4)
Saskatchewan	34	11 943	2,8 (2,0–4,0)	29	11 992	2,4 (1,6–3,5)
Alberta	54	40 597	1,3 (1,0–1,7)	52	40 098	1,3 (1,0–1,7)
Colombie-Britannique	50	40 364	1,2 (0,9–1,6)	48	40 368	1,2 (0,9–1,6)
Yukon	†	362	† (0,0–15,3)	†	332	† (0,0–11,0)
Territoires du Nord-Ouest	†	698	† (0,0–5,3)	†	696	† (0,0–8,0)
Nunavut	5	740	6,8 (2,2–15,7)	5	753	6,6 (2,2–15,4)
Inconnu	–	–	–	†	†	–
CANADA	**271–277**	**203 749**	**1,3 (1,2–1,5)**	**255**	**203 519–203 522**	**1,3 (1,1–1,4)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

† Nombre/taux supprimé à cause de la petite taille des cellules.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.4 Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), selon la province/le territoire
Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2003 et 2004*

Province/territoire	Calcul basé sur la période de naissance			Calcul basé sur la cohorte de naissance		
	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Toutes les morts infantiles (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes**	Nombre de morts infantiles ≥500 g	Nombre de naissances vivantes	Morts infantiles ≥500 g (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes***
Terre-Neuve-et-Labrador	23	4 488	5,1 (3,3–7,7)	22	4 625	4,8 (3,0–7,2)
Île-du-Prince-Édouard	6	1 390	4,3 (1,6–9,4)	3	1 413	2,1 (0,4–6,2)
Nouvelle-Écosse	40	8 734	4,6 (3,3–6,2)	34	8 637	3,9 (2,7–5,5)
Nouveau-Brunswick	30	6 959	4,3 (2,9–6,1)	25	7 115	3,5 (2,3–5,2)
Québec	342	74 072	4,6 (4,1–5,1)	205	73 832	2,8 (2,4–3,2)
Manitoba	97	13 811	7,0 (5,7–8,6)	83	13 910	6,0 (4,8–7,4)
Saskatchewan	74	11 983	6,2 (4,9–7,7)	67	12 030	5,6 (4,3–7,1)
Alberta	236	40 779	5,8 (5,1–6,6)	176	40 222	4,4 (3,8–5,1)
Colombie-Britannique	175	40 489	4,3 (3,7–5,0)	131	40 451	3,2 (2,7–3,8)
Yukon	4	365	11,0 (3,0–27,8)	0	332	0,0 (0,0–11,0)
Territoires du Nord-Ouest	0	698	0,0 (0,0–5,3)	2	697	2,9 (0,3–10,3)
Nunavut	12	747	16,1 (8,3–27,9)	10	758	13,2 (6,3–24,1)
Inconnu	–	–	–	–	2	–
CANADA	**1 039**	**204 515**	**5,1 (4,8–5,4)**	**758**	**204 024**	**3,7 (3,5–4,0)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 2004 (calcul basé sur la période).

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

*** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.5 Causes de mortalité infantile

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Cause	Nombre de morts infantiles	Proportion (%) des morts parmi toutes les morts infantiles**	Nombre de morts néonatales	Proportion (%) des morts parmi toutes les morts néonatales**	Nombre de morts post-néonatales	Proportion (%) des morts parmi toutes les morts postnéo-natales**
Anomalies congénitales	245	23,6	184	24,0	61	22,3
Asphyxie	107	10,3	102	13,3	5	1,8
Immaturité	331	31,9	307	40,1	24	8,8
Infection	50	4,8	22	2,9	28	10,3
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	52	5,0	5	0,7	47	17,2
Autres morts infantiles inexpliquées	35	3,4	7	0,9	28	10,3
Causes externes	29	2,8	5	0,7	24	8,8
Autres	190	18,3	134	17,5	56	20,5
TOTAL	**1 039**	**100**	**766**	**100**	**273**	**100**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier non lié, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

TABLEAU G25.6 Taux de mortalité infantile, selon la cause

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 et 2004*

Cause selon la classification ICE modifiée	1999		2004	
	Nombre de décès de nourrissons	Taux de mortalité des nourrissons pour 1 000 naissances vivantes**	Nombre de décès de nourrissons	Taux de mortalité des nourrissons pour 1 000 naissances vivantes**
Anomalies congénitales	284	1,4	245	1,2
Asphyxie	108	0,5	107	0,5
Immaturité	251	1,2	331	1,6
Infection	72	0,3	50	0,2
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	120	0,6	52	0,3
Autres morts infantiles inexpliquées	28	0,1	35	0,2
Causes externes	30	0,1	29	0,1
Autres	178	0,9	190	0,9
TOTAL	**1 071**	**5,2**	**1 039**	**5,1**
Naissances vivantes	**206 157**		**204 515**	

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier non lié, 1999 et 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
** Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).
ICE—International Collaborative Effort (sur la mortalité périnatale et infantile)

TABLEAU G25.7 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2001 à 2003 combinées*

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes
<22	457	467	978,6 (961,0–989,7)
22–23	503	572	879,4 (849,8–904,9)
24–25	331	740	447,3 (411,1–483,9)
26–27	176	1022	172,2 (149,5–196,8)
28–31	192	4 019	47,8 (41,4-54,8)
32–33	96	5 346	18,0 (14,6–21,9)
34–36	275	34 159	8,1 (7,1–9,1)
37–41	999	552 222	1,8 (1,7–1,9)
>42	14	6 262	2,2 (1,2–3,7)
Âge gestationnel inconnu	17	1 796	9,5 (5,5–15,1)
Non relié	37	–	–
Tous les âges gestationnels	**3 097**	**606 605**	**5,1 (4,9–5,3)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 2001–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.8 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2001 à 2003 combinées*

Poids à la naissance (grammes)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes
<500	638	681	936,9 (915,9–953,9)
500–749	587	1 043	562,8 (532,1–593,2)
750–999	210	1 107	189,7 (167,0–214,1)
1 000–1 249	107	1 308	81,8 (67,5–98,0)
1 250–1 499	75	1 716	43,7 (34,5–54,5)
1 500–1 999	171	6 628	25,8 (22,1–29,9)
2 000–2 499	229	21 459	10,7 (9,3–12,1)
2 500–3 999	917	491 087	1,9 (1,7–2,0)
≥4 000	95	79 795	1,2 (1,0–1,5)
Poids à la naissance inconnu	31	1 781	17,4 (11,9–24,6)
Non relié	37	–	–
Tous les poids à la naissance	**3 097**	**606 605**	**5,1 (4,9–5,3)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 2001–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.9 Nombre de décès infantiles dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 à 2003 combinées*

<table>
<tr><th>Âge gestationnel (semaines)</th><th>T.-N.-L.</th><th>Î.-P.É.</th><th>N.-É.</th><th>N.-B.</th><th>Qc</th><th>Man.</th><th>Sask.</th><th>Alb.</th><th>C.-B.</th><th>Yn</th><th>T.N.-O.</th><th>NU</th></tr>
<tr><td><22</td><td>8</td><td>7</td><td>40</td><td>10</td><td>250</td><td>62</td><td>21</td><td>177</td><td>115</td><td rowspan="4">4</td><td rowspan="4">16</td><td rowspan="4">18</td></tr>
<tr><td>22–23</td><td>11</td><td>6</td><td>39</td><td>23</td><td>275</td><td>70</td><td>49</td><td>195</td><td>118</td></tr>
<tr><td>24–25</td><td>16</td><td>4</td><td>18</td><td>20</td><td>201</td><td>50</td><td>40</td><td>101</td><td>79</td></tr>
<tr><td>26–27</td><td>5</td><td rowspan="3">5</td><td>12</td><td>9</td><td>86</td><td>20</td><td>23</td><td>59</td><td>54</td></tr>
<tr><td>28–31</td><td>10</td><td>15</td><td>18</td><td>94</td><td>29</td><td>28</td><td>79</td><td>56</td><td rowspan="3">3</td><td rowspan="3">5</td><td rowspan="3">11</td></tr>
<tr><td>32–33</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td><td>56</td><td>15</td><td>15</td><td>42</td><td>29</td></tr>
<tr><td>34–36</td><td>14</td><td>4</td><td>20</td><td>13</td><td>137</td><td>62</td><td>37</td><td>115</td><td>55</td></tr>
<tr><td>37–41</td><td>42</td><td>6</td><td>63</td><td>46</td><td>527</td><td>189</td><td>152</td><td>428</td><td>307</td><td>3</td><td>6</td><td>28</td></tr>
<tr><td>≥42</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td><td rowspan="3">18</td><td>4</td><td>5</td><td rowspan="3">10</td><td>6</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td></tr>
<tr><td>Âge gestationnel inconnu</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td><td>6</td><td>0</td><td>9</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td></tr>
<tr><td>Non relié</td><td>9</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td><td>3</td><td>10</td><td>12</td><td>†</td><td>†</td><td>†</td></tr>
<tr><td>Tous les âges gestationnels</td><td>118–122</td><td>27–33</td><td>212–218</td><td>143–149</td><td>1 644</td><td>510</td><td>380</td><td>1 206</td><td>840</td><td>10–16</td><td>28–34</td><td>48–54</td></tr>
</table>

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1999–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*
† Nombre supprimé à cause de la petite taille des cellules.

TABLEAU G25.10 Nombre de naissances vivantes dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 à 2003 combinées*

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.-L.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	NU
<22	9	7	43	10	255	62	22	178	116	0	7	1
22–23	15	7	41	25	299	75	56	218	154	2	8	1
24–25	30	9	44	43	427	92	74	243	236	5	3	9
26–27	32	13	84	53	569	101	118	404	342	6	6	4
28–31	186	40	307	246	2 226	455	405	1 453	1 264	13	25	42
32–33	237	66	405	299	3 062	614	550	1 946	1 650	10	26	54
34–36	1 285	298	2 436	1 902	21 027	4 036	3 074	11 656	10 413	74	217	276
37–41	21 841	6 500	40 448	33 262	334 621	62 753	55 428	173 123	187 050	1 570	3 070	3 017
≥42	162	135	1 096	480	1 815	1 870	1 094	2 539	2 304	91	53	19
Âge gestationnel inconnu	123	6	16	0	1 388	177	1	14	219	0	36	67
Tous les âges gestationnels	**23 920**	**7 081**	**44 920**	**36 320**	**365 689**	**70 235**	**60 822**	**191 774**	**203 748**	**1 771**	**3 451**	**3 490**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1999–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H.*

TABLEAU G25.11 Taux de mortalité infantile, selon la cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 à 2003 combinées*

Âge gestationnel (semaines)	Taux (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes					
	T.-N.-L.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.
<22	888,9 (517,5–997,2)	1,000,0 (590,4–1,000,0)	930,2 (809,4–985,4)	1,000,0 (691,5–1,000,0)	980,4 (954,8–993,6)	1,000,0 (942,2–1,000,0)
22–23	733,3 (449,0–922,1)	857,1 (421,3–996,4)	951,2 (834,7–994,0)	920,0 (739,7–990,2)	919,7 (882,9–947,9)	933,3 (851,2–978,0)
24–25	533,3 (343,3–716,6)	444,4 (137,0–788,0)	409,1 (263,4–567,5)	465,1 (311,8–623,5)	470,7 (422,6–519,3)	543,5 (436,3–647,8)
26–27	156,3 (52,8–327,9)	0,0 (0,0–247,1)	142,9 (76,1–236,2)	169,8 (80,7–298,0)	151,1 (122,7–183,3)	198,0 (125,4–289,1)
28–31	53,8 (26,1–96,6)	75,0 (15,7–203,9)	48,9 (27,6–79,3)	73,2 (43,9–113,2)	42,2 (34,3–51,4)	63,7 (43,1–90,3)
32–33	12,7 (2,6–36,5)	30,3 (3,7–105,2)	12,3 (4,0–28,6)	13,4 (3,7–33,9)	18,3 (13,8–23,7)	24,4 (13,7–40,0)
34–36	10,9 (6,0–18,2)	13,4 (3,7–34,0)	8,2 (5,0–12,7)	6,8 (3,6–11,7)	6,5 (5,5–7,7)	15,4 (11,8–19,7)
37–41	1,9 (1,4–2,6)	0,9 (0,3–2,0)	1,6 (1,2–2,0)	1,4 (1,0–1,8)	1,6 (1,4–1,7)	3,0 (2,6–3,5)
≥42	6,2 (0,2–33,9)	0,0 (0,0–27,0)	0,9 (0,0–5,1)	4,2 (0,5–15,0)	0,6 (0,0–3,1)	2,1 (0,6–5,5)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0–29,5)	0,0 (0,0–459,3)	0,0 (0,0–205,9)	– (–)	6,5 (3,0–12,3)	33,9 (12,5–72,3)
Tous les âges gestationnels	**5,0 (4,1–5,9)**	**4,5 (3,1–6,4)**	**4,7 (4,1–5,4)**	**4,0 (3,4–4,7)**	**4,5 (4,3–4,7)**	**7,3 (6,6–7,9)**

Âge gestationnel (semaines)	Taux (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes					
	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	NU
<22	954,5 (771,6–998,8)	994,4 (969,1–999,9)	991,4 (952,9–999,8)	– (–)	857,1 (421,3–996,4)	1,000,0 (25,0–1,000,0)
22–23	875,0 (759,3–948,2)	894,5 (845,9–931,9)	766,2 (691,4–830,6)	1,000,0 (158,1–1,000,0)	875,0 (473,5–996,8)	1,000,0 (25,0–1,000,0)
24–25	540,5 (420,7–657,1)	415,6 (353,0–480,4)	334,7 (274,8–398,9)	400,0 (52,7–853,4)	666,7 (94,3–991,6)	333,3 (74,9–700,7)
26–27	194,9 (127,8–278,0)	146,0 (113,1–184,3)	157,9 (120,9–200,9)	0,0 (0,0–459,3)	166,7 (4,2–641,2)	1,000,0 (397,6–1,000,0)
28–31	69,1 (46,4–98,4)	54,4 (43,3–67,3)	44,3 (33,6–57,1)	153,8 (19,2–454,5)	80,0 (9,8–260,3)	23,8 (0,6–125,7)
32–33	27,3 (15,3–44,6)	21,6 (15,6–29,1)	17,6 (11,8–25,1)	0,0 (0,0–308,5)	38,5 (1,0–196,4)	74,1 (20,6–178,9)
34–36	12,0 (8,5–16,6)	9,9 (8,2–11,8)	5,3 (4,0–6,9)	13,5 (0,3–73,0)	9,2 (1,1–32,9)	21,7 (8,0–46,7)
37–41	2,7 (2,3–3,2)	2,5 (2,2–2,7)	1,6 (1,5–1,8)	1,9 (0,4–5,6)	2,0 (0,7–4,2)	9,3 (6,2–13,4)
≥42	4,6 (1,5–10,6)	2,4 (0,9–5,1)	2,6 (1,0–5,7)	0,0 (0,0–39,7)	0,0 (0,0–67,2)	0,0 (0,0–176,5)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0–975,0)	214,3 (46,6–508,0)	41,1 (19,0–76,6)	– (–)	27,8 (0,7–145,3)	0,0 (0,0–53,6)
Tous les âges gestationnels	**6,2 (5,6–6,9)**	**6,3 (5,9–6,7)**	**4,1 (3,8–4,4)**	**5,6 (2,7–10,4)**	**9,6 (6,6–13,4)**	**14,3 (10,7–18,8)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1999–2003.

* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G25.12 Nombre de décès infantiles, selon la cohorte de naissance, selon le poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 à 2003 combinées*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.-L.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	NU
<500	14	11	58	21	355	88	32	243	154	2	9	1
500–749	17	6	39	30	343	85	72	213	140	1	5	1
750–999	7	0	11	14	109	29	29	85	51	1	1	3
1 000–1 249	7	1	5	10	57	16	14	37	36	0	1	4
1 250–1 499	2	1	5	2	36	15	5	25	24	2	1	2
1 500–1 999	8	3	10	10	88	30	22	74	48	0	1	3
2 000–2 499	6	4	22	10	106	35	32	99	54	0	1	5
2 500–3 999	39	6	52	44	484	178	144	388	261	4	7	22
≥4 000	6	0	9	4	46	27	20	38	40	0	2	6
Poids à la naissance inconnu	4	0	2	0	12	4	0	3	20	0	0	1
Non relié	9	0	0	0	8	3	10	1	12	0	5	2
Tous les poids à la naissance	**119**	**32**	**213**	**145**	**1 644**	**510**	**380**	**1 206**	**840**	**10**	**33**	**50**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1999–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G25.13 Nombre de naissances vivantes, selon la cohorte de naissance, selon le poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 à 2003 combinées*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.-L.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	NU
<500	17	11	60	22	370	93	37	251	170	4	9	2
500–749	35	10	72	55	600	130	122	374	288	2	6	3
750–999	40	10	84	68	651	120	98	415	368	6	2	10
1 000–1 249	68	22	90	90	717	134	134	482	394	5	13	12
1 250–1 499	65	14	141	107	1 012	196	176	596	527	4	8	11
1 500–1 999	281	73	496	376	3 959	760	645	2 337	2 023	10	31	66
2 000–2 499	758	187	1 545	1 184	13 178	2 280	1 987	7 411	6 724	49	111	160
2 500–3 999	18 518	5 418	35 436	28 595	303 498	54 912	47 945	155 758	164 184	1 366	2 596	2 796
≥4 000	4 074	1 323	6 974	5 820	40 110	11 599	9 670	24 144	28 839	325	662	415
Poids à la naissance inconnu	64	13	22	3	1 594	11	8	6	231	0	13	15
Tous les poids à la naissance	**23 920**	**7 081**	**44 920**	**36 320**	**365 689**	**70 235**	**60 822**	**191 774**	**203 748**	**1 771**	**3 451**	**3 490**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1999–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G25.14 Taux de mortalité infantile, selon la cohorte de naissance, selon le poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999 à 2003 combinées*

Poids à la naissance (grammes)	Taux (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes					
	T.-N.-L.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.
<500	823,5 (565,7–962,0)	1,000,0 (715,1–1,000,0)	966,7 (884,7–995,9)	954,5 (771,6–998,8)	959,5 (934,0–977,1)	946,2 (879,0–982,3)
500–749	485,7 (313,8–660,1)	600,0 (262,4–878,4)	541,7 (420,0–659,8)	545,5 (405,5–680,3)	571,7 (531,0–611,7)	653,8 (565,4–735,1)
750–999	175,0 (73,4–327,8)	0,0 (0,0–308,5)	131,0 (67,2–222,2)	205,9 (117,4–321,2)	167,4 (139,5–198,4)	241,7 (168,2–328,3)
1 000–1 249	102,9 (42,4–200,7)	45,5 (1,2–228,4)	55,6 (18,3–124,9)	111,1 (54,6–194,9)	79,5 (60,8–101,8)	119,4 (69,8–186,7)
1 250–1 499	30,8 (3,7–106,8)	71,4 (1,8–338,7)	35,5 (11,6–80,8)	18,7 (2,3–65,9)	35,6 (25,0–48,9)	76,5 (43,5–123,1)
1 500–1 999	28,5 (12,4–55,3)	41,1 (8,6–115,4)	20,2 (9,7–36,8)	26,6 (12,8–48,4)	22,2 (17,9–27,3)	39,5 (26,8–55,9)
2 000–2 499	7,9 (2,9–17,1)	21,4 (5,9–53,9)	14,2 (8,9–21,5)	8,4 (4,1–15,5)	8,0 (6,6–9,7)	15,4 (10,7–21,3)
2 500–3 999	2,1 (1,5–2,9)	1,1 (0,4–2,4)	1,5 (1,1–1,9)	1,5 (1,1–2,1)	1,6 (1,5–1,7)	3,2 (2,8–3,8)
≥4 000	1,5 (0,5–3,2)	0,0 (0,0–2,8)	1,3 (0,6–2,4)	0,7 (0,2–1,8)	1,1 (0,8–1,5)	2,3 (1,5–3,4)
Poids à la naissance inconnu	62,5 (17,3–152,4)	0,0 (0,0–247,1)	90,9 (11,2–291,6)	0,0 (0,0–707,6)	7,5 (3,9–13,1)	363,6 (109,3–692,1)
Tous les poids à la naissance	**5,0 (4,1–5,9)**	**4,5 (3,1–6,4)**	**4,7 (4,1–5,4)**	**4,0 (3,4–4,7)**	**4,5 (4,3–4,7)**	**7,3 (6,6–7,9)**

Poids à la naissance (grammes)	Taux (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes					
	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	NU
<500	864,9 (712,3–954,6)	968,1 (938,2–986,1)	905,9 (851,7–945,2)	500,0 (67,6–945,2)	1,000,0 (663,7–1,000,0)	500,0 (12,6–987,4)
500–749	590,2 (497,5–678,3)	569,5 (517,6–620,3)	486,1 (427,1–545,5)	500,0 (12,6–545,5)	833,3 (358,8–995,8)	333,3 (8,4–905,7)
750–999	295,9 (207,9–396,6)	204,8 (167,0–246,9)	138,6 (105,0–178,2)	166,7 (4,2–178,2)	500,0 (12,6–987,4)	300,0 (66,7–652,5)
1 000–1 249	104,5 (58,3–169,1)	76,8 (54,6–104,3)	91,4 (64,8–124,2)	0,0 (0,0–124,2)	76,9 (1,9–360,3)	333,3 (99,2–651,1)
1 250–1 499	28,4 (9,3–65,0)	41,9 (27,3–61,3)	45,5 (29,4–67,0)	500,0 (67,6–67,0)	125,0 (3,2–526,5)	181,8 (22,8–517,8)
1 500–1 999	34,1 (21,5–51,2)	31,7 (24,9–39,6)	23,7 (17,5–31,3)	0,0 (0,0–31,3)	32,3 (0,8–167,0)	45,5 (9,5–127,1)
2 000–2 499	16,1 (11,0–22,7)	13,4 (10,9–16,2)	8,0 (6,0–10,5)	0,0 (0,0–10,5)	9,0 (0,2–49,2)	31,3 (10,2–71,4)
2 500–3 999	3,0 (2,5–3,5)	2,5 (2,2–2,8)	1,6 (1,4–1,8)	2,9 (0,8–1,8)	2,7 (1,1–5,5)	7,9 (4,9–11,9)
≥4 000	2,1 (1,3–3,2)	1,6 (1,1–2,2)	1,4 (1,0–1,9)	0,0 (0,0–1,9)	3,0 (0,4–10,9)	14,5 (5,3–31,2)
Poids à la naissance inconnu	0,0 (0,0–369,4)	500,0 (118,1–881,9)	86,6 (53,7–130,5)	– (–)	0,0 (0,0–247,1)	66,7 (1,7–319,5)
Tous les poids à la naissance	**6,2 (5,6–6,9)**	**6,3 (5,9–6,7)**	**4,1 (3,8–4,4)**	**5,6 (2,7–130,5)**	**9,6 (6,6–13,4)**	**14,3 (10,7–18,8)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, 1999–2003.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G26.1 Taux d'intubation, de septicémie néonatale et durée moyenne du séjour, selon la catégorie de poids à la naissance

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Poids à la naissance de <1 000 g			Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g			Poids à la naissance de ≥2 500 g		
	Intubations pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Septicémie néon. pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Durée moyenne du séjour en jours (ET)	Intubations pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Septicémie néon. pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Durée moyenne du séjour en jours (ET)	Intub. pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Septicémie néon. pour 100 naissances vivantes à l'hôpital	Durée moyenne du séjour en jours (ET)
1995–1996	41,4	26,2	25,9 (30,1)	7,9	10,7	10,2 (10,8)	0,5	1,4	2,6 (1,7)
1996–1997	41,9	24,9	26,2 (29,9)	9,0	11,2	10,0 (10,6)	0,5	1,5	2,5 (1,6)
1997–1998	45,5	27,9	26,8 (29,8)	9,8	12,2	10,4 (10,8)	0,6	1,5	2,5 (1,6)
1998–1999	43,8	26,3	25,5 (29,4)	10,8	12,0	10,1 (10,6)	0,7	1,5	2,4 (1,6)
1999–2000	47,1	24,8	25,5 (29,5)	11,2	11,2	9,9 (10,4)	0,8	1,5	2,4 (1,6)
2000–2001	51,2	28,0	26,9 (29,9)	13,4	12,5	10,2 (10,4)	0,9	1,6	2,4 (1,5)
2001–2002	36,8	29,4	25,2 (29,3)	12,0	13,1	10,0 (10,5)	1,1	1,8	2,4 (1,5)
2002–2003	51,2	21,9	26,2 (29,4)	13,2	8,4	9,6 (10,1)	1,1	1,1	2,4 (1,5)
2003–2004	51,6	21,7	24,0 (28,7)	14,5	7,0	9,8 (10,3)	1,3	0,8	2,3 (1,5)
2004–2005	55,0	22,4	26,5 (29,3)	13,1	4,8	9,1 (9,9)	1,1	0,6	2,3 (1,5)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.
ET—écart-type

TABLEAU G26.1A Nombre d'intubations et de septicémies néonatales, selon la catégorie de poids à la naissance

Canada, 1995–1996 à 2004–2005

Année financière	Poids à la naissance de <1 000 g			Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g			Poids à la naissance de ≥2 500 g		
	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nombre d'intubations	Nombre de septicémies néonatales	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nombre d'intubations	Nombre de septicémies néonatales	Nombre de naissance vivantes à l'hôpital	Nombre d'intubations	Nombre de septicémies néonatales
1995–1996	1 617	669	423	19 261	1 525	2 058	355 452	1 758	4 891
1996–1997	1 680	703	418	19 357	1 738	2 161	341 108	1 819	5 225
1997–1998	1 607	731	448	18 548	1 825	2 263	328 507	2 066	5 002
1998–1999	1 613	707	424	19 253	2 071	2 310	320 043	2 253	4 862
1999–2000	1 685	794	417	19 833	2 214	2 222	316 780	2 367	4 823
2000–2001	1 627	833	456	19 947	2 667	2 496	305 702	2 691	4 982
2001–2002	1 688	622	497	20 229	2 433	2 644	310 741	3 373	5 541
2002–2003	1 826	934	399	21 550	2 833	1 817	305 906	3 502	3 294
2003–2004	1 929	996	419	22 791	3 310	1 597	313 658	4 114	2 564
2004–2005	1 856	1 020	416	25 236	3 312	1 219	310 551	3 448	1 996

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996 à 2004–2005.

TABLEAU G26.2 Taux d'intubation, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées

Province/territoire	Intubations (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes à l'hôpital		
	Poids à la naissance de <1 000 g	Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g	Poids à la naissance de ≥2 500 g
Terre-Neuve-et-Labrador	54,3 (41,9–66,3)	12,0 (9,7–14,5)	0,3 (0,2–0,4)
Île-du-Prince-Édouard	58,8 (32,9–81,6)	13,5 (9,3–18,6)	0,3 (0,2–0,6)
Nouvelle-Écosse	66,9 (57,9–75,1)	13,6 (11,9–15,5)	1,5 (1,4–1,7)
Nouveau-Brunswick	51,6 (40,9–62,3)	9,4 (7,8–11,9)	0,6 (0,5–0,7)
Québec	45,6 (42,5–48,6)	8,0 (7,6–8,5)	0,4 (0,4–0,4)
Ontario	52,7 (50,7–54,6)	16,5 (16,1–17,0)	1,6 (1,5–1,6)
Manitoba	21,4 (16,1–27,4)	11,2 (10,1–12,4)	0,4 (0,3–0,4)
Saskatchewan	61,8 (54,0–69,1)	17,6 (16,0–19,3)	1,1 (1,0–1,2)
Alberta	60,8 (57,2–64,4)	17,6 (16,8–18,4)	2,4 (2,3–2,5)
Colombie-Britannique	62,5 (58,5–66,4)	10,5 (9,8–11,2)	0,7 (0,6–0,7)
Yukon	55,6 (21,2–86,3)	† (2,3–19,6)	† (0,1–1,0)
Territoires du Nord-Ouest	† (2,5–55,6)	9,9 (5,2–16,7)	† (0,0–0,4)
Nunavut	† (3,2–65,1)	7,8 (3,8–13,8)	† (0,0–0,7)
Non disponible	39,7 (27,6–52,8)	9,8 (7,4–12,7)	0,8 (0,6–1,1)
CANADA	**52,6 (51,3–53,9)**	**13,6 (13,3–13,8)**	**1,2 (1,2–1,2)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G26.3 Taux de septicémie néonatale, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées

Province/territoire	Septicémie néonatale (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes à l'hôpital		
	Poids à la naissance de <1 000 g	Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g	Poids à la naissance de ≥2 500 g
Terre-Neuve-et-Labrador	24,3 (14,8–36,0)	5,9 (4,3–7,9)	0,3 (0,2–0,4)
Île-du-Prince-Édouard	23,5 (6,8–49,9)	4,9 (2,5–8,7)	0,7 (0,4–1,0)
Nouvelle-Écosse	29,6 (18,4–34,4)	5,0 (3,9–6,2)	0,7 (0,6–0,8)
Nouveau-Brunswick	33,0 (23,5–43,6)	8,1 (6,7–9,7)	1,2 (1,1–1,4)
Québec	20,3 (17,9–22,8)	6,5 (6,2–6,9)	0,9 (0,8–0,9)
Ontario	23,9 (22,2–25,6)	9,1 (8,8–9,5)	1,2 (1,2–1,2)
Manitoba	29,5 (23,6–36,0)	3,7 (3,0–4,4)	0,2 (0,2–0,3)
Saskatchewan	12,9 (8,3–18,9)	3,3 (2,6–4,2)	0,5 (0,4–0,5)
Alberta	14,0 (11,5–16,7)	2,6 (2,3–3,0)	0,3 (0,3–0,3)
Colombie-Britannique	24,2 (20,8–27,8)	4,7 (4,3–5,2)	0,5 (0,5–0,6)
Yukon	† (2,8–60,0)	0,0 (0,0–7,3)	† (0,1–1,0)
Territoires du Nord-Ouest	† (0,3–44,5)	† (0,5–7,1)	0,5 (0,2–0,9)
Nunavut	† (0,3–52,7)	7,0 (3,2–12,8)	† (0,0–0,6)
Non disponible	20,6 (11,5–32,7)	6,0 (4,1–8,4)	0,6 (0,4–0,8)
CANADA	**22,0 (20,9–23,1)**	**6,7 (6,5–6,8)**	**0,8 (0,8–0,9)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
† Taux supprimé à cause des petits nombres.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G26.4 Durée moyenne du séjour, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées

Province/territoire	Durée moyenne du séjour en jours (ET)		
	Poids à la naissance de <1 000 g	Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g	Poids à la naissance de ≥2 500 g
Terre-Neuve-et-Labrador	38,2 (32,7)	13,5 (12,6)	2,9 (1,6)
Île-du-Prince-Édouard	39,3 (31,0)	15,2 (11,0)	3,4 (1,7)
Nouvelle-Écosse	45,0 (30,8)	13,7 (11,9)	2,7 (1,7)
Nouveau-Brunswick	39,1 (28,7)	13,6 (11,7)	2,8 (1,8)
Québec	26,3 (30,1)	9,6 (0,5)	2,7 (1,5)
Ontario	23,2 (28,0)	8,6 (9,1)	2,2 (1,4)
Manitoba	26,6 (31,5)	11,7 (11,3)	2,4 (1,5)
Saskatchewan	35,3 (32,9)	11,7 (11,3)	2,5 (1,7)
Alberta	23,2 (27,1)	8,7 (9,2)	1,9 (1,3)
Colombie-Britannique	26,7 (29,4)	9,4 (9,4)	2,3 (1,6)
Yukon	29,4 (34,3)	8,3 (9,0)	2,9 (1,5)
Territoires du Nord-Ouest	7,8 (13,4)	6,7 (8,2)	2,7 (1,5)
Nunavut	20,4 (31,2)	8,8 (9,9)	2,0 (1,5)
Non disponible	13,5 (22,2)	9,4 (10,8)	2,0 (1,6)
CANADA	**25,5 (29,1)**	**9,4 (9,9)**	**2,3 (1,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
ET—écart-type

TABLEAU G26.5 Nombre d'intubations et de septicémies néonatales, selon la catégorie de poids à la naissance et selon la province/le territoire

Canada, 2002–2003 à 2004–2005 combinées

Province/territoire	Poids à la naissance de <1 000 g			Poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g			Poids à la naissance de ≥2 500 g		
	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nombre d'intubations	Nombre de septicémies néonatales	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nombre d'intubations	Nombre de septicémies néonatales	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nombre d'intubations	Nombre de septicémies néonatales
Terre-Neuve-et-Labrador	70	38	17	744	89	44	12 771	32	32
Île-du-Prince-Édouard	17	10	†	223	30	11	3 914	13	26
Nouvelle-Écosse	124	83	32	1 446	197	72	24 056	370	164
Nouveau-Brunswick	91	47	30	1 326	124	107	19 159	107	236
Québec	1 036	472	210	15 060	1 208	985	200 294	825	1 762
Ontario	2 486	1 309	594	28 335	4 681	2 586	369 884	5 777	4 428
Manitoba	220	47	65	2 910	326	107	38 050	138	87
Saskatchewan	170	105	22	2 121	373	71	32 702	368	148
Alberta	715	435	100	8 605	1 513	228	110 024	2 652	343
Colombie-Britannique	592	370	143	7 988	837	379	108 641	720	576
Yukon	9	5	†	49	†	†	917	†	†
Territoires du Nord-Ouest	10	†	†	121	12	†	1 849	†	9
Nunavut	8	†	†	129	10	9	1 280	†	†
Non disponible	63	25	13	520	51	31	6 574	54	38
CANADA	**5 611**	**2 946–2 954**	**1 226–1 246**	**69 577**	**9 451–9 455**	**4 630–4 634**	**930 115**	**11 056–11 068**	**7 849–7 857**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002–2003 à 2004–2005.
† Nombre supprimé à cause de la petite taille des cellules <5.

TABLEAU G27.1 Taux d'accouchement multiple

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1995–2004*

Année	Nombre d'accouchements multiples	Accouchements totaux (naissances vivantes et mortinaissances)	Accouchements multiples pour 100 naissances totales
1995	5 230	233 127	2,2
1996	5 235	227 408	2,3
1997	5 304	216 853	2,4
1998	5 423	210 935	2,6
1999	5 448	207 387	2,6
2000	5 384	201 633	2,7
2001	5 639	203 231	2,8
2002	5 626	201 461	2,8
2003	6 096	205 470	3,0
2004	6 133	205 746	3,0

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.

TABLEAU G27.2 Taux d'accouchement multiple, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2004*

Province/territoire	Nombre d'accouchements multiples	Accouchements totaux (naissances vivantes et mortinaissances)	Accouchements multiples (IC à 95 %) pour 100 naissances totales
Terre-Neuve-et-Labrador	120	4 508	2,7 (2,2–3,2)
Île-du-Prince-Édouard	38	1 395	2,7 (1,9–3,7)
Nouvelle-Écosse	300	8 811	3,4 (3,0–3,8)
Nouveau-Brunswick	220	6 997	3,1 (2,7–3,6)
Québec	2 110	74 369	2,8 (2,7–3,0)
Manitoba	392	13 929	2,8 (2,5–3,1)
Saskatchewan	291	12 073	2,4 (2,1–2,7)
Alberta	1 395	41 067	3,4 (3,2–3,6)
Colombie-Britannique	1 216	40 774	3,0 (2,8–3,2)
Yukon	15	367	4,1 (2,3–6,7)
Territoires du Nord-Ouest	28	704	4,0 (2,7–5,7)
Nunavut	8	752	1,1 (0,5–2,1)
CANADA	**6 133**	**205 746**	**3,0 (2,9–3,1)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe H*.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G28 Taux d'anomalies congénitales (AC)

Canada, 1995–2004*

Année	Nombre de cas d'AC	Naissances totales	Cas d'AC pour 10 000 naissances totales
1995*	16 666	368 100	452,8
1996	17 838	366 811	486,3
1997	17 736	351 139	505,1
1998	17 212	343 823	500,6
1999	16 905	338 407	499,5
2000	16 556	330 398	501,1
2001	17 610	336 835	522,8
2002	16 616	331 527	501,2
2003	16 768	338 417	495,5
2004	16 298	339 662	479,8

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.
* Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

TABLEAU G28.1 Taux de syndrome de Down (SD)

Canada, 1995–2004*

Année	Nombre de cas de SD	Naissances totales	Cas de SD pour 10 000 naissances totales
1995*	493	368 100	13,4
1996	450	366 811	12,3
1997	478	351 139	13,6
1998	490	343 823	14,3
1999	498	338 407	14,7
2000	515	330 398	15,6
2001	462	336 835	13,7
2002	484	331 527	14,6
2003	524	338 417	15,5
2004	460	339 662	13,5

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.
* Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

TABLEAU G28.2 Taux de syndrome de Down (SD), selon la province/le territoire

Canada, 2001 à 2004 combinées

Province/territoire	Nombre de cas de SD	Naissances totales	Cas de SD (IC à 95 %) pour 10 000 naissances totales
Terre-Neuve-et-Labrador	20	18 148	11,0 (6,7–17,0)
Île-du-Prince-Édouard	12	5 528	21,7 (11,2–37,9)
Nouvelle-Écosse	58	34 949	16,6 (12,6–21,5)
Nouveau-Brunswick	36	28 035	12,8 (9,0–17,8)
Québec	300	287 409	10,4 (9,3–11,7)
Ontario	801	536 754	14,9 (13,9–16,0)
Manitoba	78	54 869	14,2 (11,2–17,7)
Saskatchewan	66	47 282	14,0 (10,8–17,8)
Alberta	224	161 951	13,8 (12,1–15,8)
Colombie-Britannique	317	157 801	20,1 (17,9–22,4)
Yukon	†	1 826	† (0,0–30,5)
Territoires du Nord-Ouest	†	2 611	† (0,0–27,7)
Nunavut	†	1 362	† (0,0–40,9)
Inconnu	14	7 916	17,7 (9,7–29,7)
CANADA	**1 926–1 938**	**1 346 441**	**14,3 (13,7–15,0)**

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 2001–2004.
† Nombre/taux supprimé à cause de la petite taille des cellules <5.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G28.3 Taux d'anomalies du tube neural (ATN), de spina bifida (SB), et d'anencéphalie et d'anomalies semblables*

*Canada**, 1995–2004*

Année	Naissances totales	Nombre de cas d'ATN	Cas d'ATN pour 10 000 naissances totales	Nombre de cas de SB	Nombre de cas de SB pour 10 000 naissances totales	Nombre de cas d'anencéphalie et d'anomalies semblables*	Cas d'anomalies semblables pour 10 000 naissances totales
1995**	368 100	340	9,2	238	6,5	65	1,8
1996	366 811	278	7,6	200	5,5	42	1,1
1997	351 139	267	7,6	188	5,4	54	1,5
1998	343 823	196	5,7	144	4,2	31	0,9
1999	338 407	203	6,0	143	4,2	31	0,9
2000	330 398	176	5,3	115	3,5	38	1,2
2001	336 835	171	5,1	109	3,2	39	1,2
2002	331 527	152	4,6	105	3,2	29	0,9
2003	338 417	160	4,7	108	3,2	33	1,0
2004	339 662	136	4,0	90	2,6	36	1,1

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.
* Les anomalies semblables comprennent la craniorachischise, l'iniencéphalie, l'encéphalocèle et la microcéphalie.
** Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

TABLEAU G28.4 Taux d'anomalies du tube neural (ATN), de spina bifida (SB), et d'anencéphalie et d'anomalies semblables*, selon la province/le territoire

Canada, 2001 à 2004 combinées

Province/territoire	Naissances totales	Nombre de cas d'ATN	Cas d'ATN (IC à 95 %) pour 10 000 naissances totales
Terre-Neuve-et-Labrador	18 148	7	3,9 (1,5–7,9)
Île-du-Prince-Édouard	5 528	†	† (0,0–10,1)
Nouvelle-Écosse	34 949	20	5,7 (3,5–8,8)
Nouveau-Brunswick	28 035	10	3,6 (1,7–6,6)
Québec	287 409	101	3,5 (2,9–4,3)
Ontario	536 754	230	4,3 (3,7–4,9)
Manitoba	54 869	35	6,4 (4,4–8,9)
Saskatchewan	47 282	24	5,1 (3,3–7,6)
Alberta	161 951	59	3,6 (2,8–4,7)
Colombie-Britannique	157 801	122	7,7 (6,4–9,2)
Yukon	1 826	†	† (0,0–30,5)
Territoires du Nord-Ouest	2 611	†	† (0,0–21,3)
Nunavut	1 362	0	0,0 (0,0–26,9)
Non disponible	7 916	8	10,1 (4,4–19,9)
CANADA	**1 346 441**	**616–628**	**4,6 (4,2–5,0)**

Province/territoire	Nombre de cas de SB	Cas de SB (IC à 95 %) pour 10 000 naissances totales	Nombre de cas d'anencéphalie et d'anomalies semblables*	Cas d'anencéphalie et d'anomalies semblables* (IC à 95 %) pour 10 000 naissances totales
Terre-Neuve-et-Labrador	†	† (0,6–5,6)	†	† (0,0–4,8)
Île-du-Prince-Édouard	†	† (0,0–10,1)	0	0,0 (0,0–6,6)
Nouvelle-Écosse	10	2,9 (1,4–5,3)	9	2,6 (1,2–4,9)
Nouveau-Brunswick	9	3,2 (1,5–6,1)	†	† (0,0–2,0)
Québec	79	2,7 (2,2–3,4)	11	0,4 (0,2–0,7)
Ontario	153	2,9 (2,4–3,3)	45	0,8 (0,6–1,1)
Manitoba	19	3,5 (2,1–5,4)	13	2,4 (1,3–4,1)
Saskatchewan	18	3,8 (2,3–6,0)	†	† (0,0–2,2)
Alberta	31	1,9 (1,3–2,7)	16	1,0 (0,6–1,6)
Colombie-Britannique	79	5,0 (4,0–6,2)	35	2,2 (1,5–3,1)
Yukon	†	† (0,0–30,5)	0	0,0 (0,0–20,1)
Territoires du Nord-Ouest	†	† (0,0–21,3)	0	0,0 (0,0–14,0)
Nunavut	0	0,0 (0,0–26,9)	0	0,0 (0,0–26,9)
Non disponible	7	8,8 (3,5–18,2)	0	0,0 (0,0–4,6)
CANADA	**405–421**	**3,1 (2,8–3,4)**	**129–141**	**1,0 (0,9–1,2)**

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 2001–2004.
* Les anomalies semblables comprennent la craniorachischise, l'iniencéphalie, l'encéphalocèle et la microcéphalie.
† Nombre/taux supprimé à cause de la petite taille des cellules <5.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU G28.5 Taux de fente palatine (FP) et de fente labiale avec ou sans fente palatine (FL/P)

Canada, 1995–2004*

Année	Naissances totales	Nombre de cas de FP	Nombre de cas de FP pour 10 000 naissances totales	Nombre de cas de FL/P	Nombre de cas de FL/P pour 10 000 naissances totales
1995*	368 100	230	6,2	411	11,2
1996	366 811	280	7,6	411	11,2
1997	351 139	282	8,0	374	10,7
1998	343 823	251	7,3	370	10,8
1999	338 407	278	8,2	376	11,1
2000	330 398	229	6,9	359	10,9
2001	336 835	232	6,9	324	9,6
2002	331 527	245	7,4	324	9,8
2003	338 417	238	7,0	294	8,7
2004	339 662	221	6,5	328	9,7

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), 1995–2004.
* Le SCSAC n'avait pas accès aux données de la Nouvelle-Écosse avant 1996.

TABLEAU G28.6 Taux de fente palatine (FP) et de fente labiale avec ou sans fente palatine (FL/P), selon la province/le territoire

Canada, 2001 à 2004 combinées

Province/territoire	Naissances totales	Nombre de cas de FP	Cas de FP (IC à 95 %) pour 10 000 naissances totales	Nombre de cas de FL/P	Cas de FL/P (IC à 95 %) pour 10 000 naissances totales
Terre-Neuve-et-Labrador	18 148	10	5,5 (2,6–10,1)	20	11,0 (6,7–17,0)
Île-du-Prince-Édouard	5 528	5	9,0 (2,9–21,1)	2	3,6 (0,4–13,1)
Nouvelle-Écosse	34 949	25	7,2 (4,6–10,6)	38	10,9 (7,7–14,9)
Nouveau-Brunswick	28 035	12	4,3 (2,2–7,5)	20	7,1 (4,4–11,0)
Québec	287 409	191	6,6 (5,7–7,7)	187	6,5 (5,6–7,5)
Ontario	536 754	375	7,0 (6,3–7,7)	450	8,4 (7,6–9,2)
Manitoba	54 869	41	7,5 (5,4–10,1)	71	12,9 (10,1–16,3)
Saskatchewan	47 282	49	10,4 (7,7–13,7)	64	13,5 (10,4–17,3)
Alberta	161 951	114	7,0 (5,8–8,5)	175	10,8 (9,3–12,5)
Colombie-Britannique	157 801	112	7,1 (5,8–8,5)	225	14,3 (12,5–16,2)
Yukon	1 826	0	0,0 (0,0–20,1)	1	5,5 (0,1–30,5)
Territoires du Nord-Ouest	2 611	0	0,0 (0,0–14,0)	2	7,7 (0,9–27,7)
Nunavut	1 362	1	7,3 (0,1–40,9)	4	29,4 (7,9–75,2)
Non disponible	7 916	1	1,3 (0,0–7,0)	11	13,9 (6,9–24,9)
CANADA	**1 346 441**	**936**	**7,0 (6,5–7,4)**	**1 270**	**9,4 (8,9–10,0)**

Source : Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 2001–2004.

TABLEAU G29.1 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance

Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba), 1995–1996 à 2004–2005*

Année	Nombre de réadmissions de nouveau-nés (≤28 jours)	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Réadmissions pour 100 naissances vivantes à l'hôpital**
1995	9 932	271 340	3,7
1996	9 930	260 011	3,8
1997	9 453	253 018	3,7
1998	9 480	249 265	3,8
1999	8 579	247 560	3,5
2000	8 198	239 289	3,4
2001	8 143	243 039	3,4
2002	8 366	241 542	3,5
2003	8 217	247 719	3,3
2004	8 531	247 599	3,4

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1995–1996 à 2004–2005.

* Les données complètes du Québec et du Manitoba n'étaient pas disponibles dans la BDCP.

** Les nouveau-nés qui pesaient <1 000 g et les nouveau-nés dont le séjour initial à l'hôpital était de >20 jours ont été exclus de cette analyse. Les cas de réadmission néonatale à l'hôpital ont été inclus jusqu'à 28 jours apès la naissance. Les hospitalisations pour les nouveau-nés qui ont été transférés directement à un autre hôpital après la naissance n'ont pas été incluses dans les comptes de réadmission néonatal et les chirurgies d'un jour après le congé néonatale d'hospitalisation pour la naissance n'ont pas été considérées comme une réadmission.

TABLEAU G29.2 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, selon la province/le territoire

Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba), 2002–2003 à 2004–2005*

Province/territoire de résidence	Nombre de réadmissions de nouveau-nés (≤28 jours)	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Réadmissions (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes à l'hôpital***
Terre-Neuve-et-Labrador	283	13 277	2,1 (1,9–2,4)
Île-du-Prince-Édouard	97	4 069	2,4 (1,9–2,9)
Nouvelle-Écosse	525	25 091	2,1 (1,9–2,3)
Nouveau-Brunswick	727	20 096	3,6 (3,4–3,9)
Ontario	12 241	394 479	3,1 (3,0–3,2)
Saskatchewan	1 448	34 162	4,2 (4,0–4,5)
Alberta	5 498	117 524	4,7 (4,6–4,8)
Colombie-Britannique	3 874	115 428	3,4 (3,3–3,5)
Yukon	27	957	2,8 (1,9–4,1)
Territoires du Nord-Ouest	79	1 957	4,0 (3,2–5,0)
Nunavut	64	1 172	5,5 (4,2–6,9)
Non disponible/autre**	251	8 648	2,9 (2,6–3,3)
CANADA	**25 114**	**736 860**	**3,4 (3,4–3,4)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2002–2003 à 2004–2005.

* Les données complètes du Québec et du Manitoba n'étaient pas disponibles dans la BDCP. On a combiné les données de trois ans à cause du faible nombre de sujets.

** « Autre » inclut les résidents du Québec et du Manitoba hospitalisés dans d'autres provinces/territoires.

*** Les nouveau-nés qui pesaient <1 000 g et les nouveau-nés dont le séjour initial à l'hôpital était de >20 jours ont été exclus de cette analyse. Les cas de réadmission néonatale à l'hôpital ont été inclus jusqu'à 28 jours apès la naissance. Les hospitalisations pour les nouveau-nés qui ont été transférés directement à un autre hôpital après la naissance n'ont pas été incluses dans les comptes de réadmission néonatal et les chirurgies d'un jour après le congé néonatale d'hospitalisation pour la naissance n'ont pas été considérées comme une réadmission.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU G29.3 Diagnostic principal établi chez les nouveau-nés réadmis

Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba), 1995–1996 et 2004–2005*

Diagnostic principal	1995–1996			2004–2005		
	Nombre de réadmissions de nouveau-nés (≤28 jours)	Pourcentage de réadmissions**	Diagnostic principal-taux de réadmission spécifique (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes à l'hôpital**	Nombre de réadmissions de nouveau-nés (≤28 jours)	Pourcentage de réadmissions**	Diagnostic principal-taux de réadmission spécifique (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes à l'hôpital**
Ictère	3 883	39,1	14,3 (13,9–14,8)	4 003	46,9	16,2 (15,7–16,7)
Problèmes respiratoires	679	6,8	2,5 (2,0–2,4)	695	8,1	2,8 (2,6–3,0)
Nouveau-né en santé accompagnant une personne malade	597	6,0	2,2 (2,0–2,4)	245	2,9	1,0 (0,9–1,1)
Problèmes d'allaitement	516	5,2	1,9 (1,7–2,1)	440	5,2	1,8 (1,6–2,0)
Anomalies congénitales	373	3,8	1,4 (1,2–1,5)	300	3,5	1,2 (1,1–1,4)
Septicémie	347	3,5	1,3 (1,1–1,4)	344	4,0	1,4 (1,2–1,5)
Déshydratation	246	2,5	0,9 (0,8–1,0)	280	3,3	1,1 (1,0–1,3)
Infections urinaires	179	1,8	0,7 (0,6–0,8)	112	1,3	0,5 (0,4–0,5)
Gain de poids insuffisant	157	1,6	0,6 (0,5–0,7)	98	1,2	0,4 (0,3–0,5)
Autres	2 955	29,7	10,8 (10,4–11,2)	2 014	23,6	8,1 (7,8–8,5)
TOTAL	**9 932**	**100**	**36,6 (35,9–37,3)**	**8 531**	**100**	**34,5 (33,7–35,2)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1995–1996 et 2004–2005.

* Les données complètes du Québec et du Manitoba n'étaient pas disponibles dans la BDCP.

** Les nouveau-nés qui pesaient <1 000 g et les nouveau-nés dont le séjour initial à l'hôpital était de >20 jours ont été exclus de cette analyse. Les cas de réadmission néonatale à l'hôpital ont été inclus jusqu'à 28 jours apès la naissance. Les hospitalisations pour les nouveau-nés qui ont été transférés directement à un autre hôpital après la naissance n'ont pas été incluses dans les comptes de réadmission néonatal et les chirurgies d'un jour après le congé néonatale d'hospitalisation pour la naissance n'ont pas été considérées comme une réadmission.

IC—intervalle de confiance

Annexe H

■ Données tirées des statistiques de l'état civil de l'Ontario

Des études antérieures ont indiqué que la qualité des données tirées des statistiques de l'état civil de la province de l'Ontario posait problème[1–4]. Des erreurs dans le poids à la naissance et l'âge gestationnel ont entraîné d'importantes augmentations artéfactuelles des taux de faible poids à la naissance et de prématurité en Ontario au début et au milieu des années 1990. Ces erreurs ont été corrigées et les données récentes sur le poids à la naissance et l'âge gestationnel ne semblent plus poser les problèmes définis auparavant. D'autres préoccupations persistent toutefois, y compris celles qui ont trait aux augmentations du sous-enregistrement des naissances vivantes et au sous-enregistrement des naissances vivantes dans les populations vulnérables, comme les mères adolescentes[3,4]. Le projet du Système canadien de surveillance périnatale, qui relie l'information tirée des enregistrements de naissances vivantes à celle qui provient des enregistrements de morts infantiles, a réussi plus particulièrement dans l'ensemble des provinces et des territoires sauf l'Ontario, où il a toujours produit un taux important de morts infantiles non reliées, c'est-à-dire de morts infantiles pour lesquelles on n'a pu trouver d'enregistrement de la naissance. Plus de 40 % des morts infantiles en Ontario en 2003 ont produit cette absence de lien comparativement à 1 % des morts infantiles non reliées dans l'ensemble combiné des autres provinces et territoires (voir *Aperçu,* page 24, qui présente une discussion détaillée des morts infantiles non reliées en Ontario).

C'est parce que la qualité et l'intégralité des données préoccupaient qu'on a exclu les données tirées des statistiques de l'état civil de l'Ontario du calcul des valeurs indicatrices dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008.* Le Ratio de mortalité maternelle a été le seul indicateur fondé sur les données tirées des statistiques de l'état civil qui incluait les données de l'Ontario. Cette annexe inclut les données de l'Ontario, ainsi qu'un avertissement, car certains des renseignements peuvent être utiles dans des contextes en particulier.

Références

1. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of lowbirth-weight live births in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne.* 1997;157:535–41.

2. Joseph KS. Preterm Birth in Canada. *Background papers: Preterm Birth Prevention Consensus Conference.* Ottawa; 1998.

3. Bienefeld M, Woodward GL, Ardal S. *Under-reporting of Live Births in Ontario: 1991–1997.* Newmarket (Ontario) : Central East Health Information Partnership; 2001.

4. Woodward GL, Bienefeld MK, Ardal S. Under-reporting of live births in Ontario: 1991–1997. *Revue canadienne de santé publique.* 2003;94(6):463–7.

Tableaux des données tirées des statistiques de l'état civil de l'Ontario

Estimations des naissances vivantes et de la population féminine

Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

Comportements et habitudes

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

Répercussions sur la santé maternelle

Répercussions sur la santé fœtale et infantile

Tableaux des données tirées des statistiques de l'état civil de l'Ontario

Estimations des naissances vivantes et de la population féminine

TABLEAU H1 **Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère***
Ontario, 1995–2004

Année	10–17 ans	18 et 19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans	Total
1995	2 781	5 035	23 134	46 172	48 272	17 784	2 731	145 909
1996	2 434	4 584	21 327	43 290	46 683	18 745	2 879	139 942
1997	2 053	4 061	19 760	40 623	44 370	19 040	3 078	132 985
1998	2 149	4 108	20 083	39 814	43 265	19 679	3 229	132 327
1999	1 942	3 928	19 462	39 202	42 815	20 241	3 494	131 084
2000	1 750	3 608	18 899	37 357	41 511	20 538	3 654	127 317
2001	1 510	3 587	18 418	38 437	44 365	21 474	3 904	131 695
2002	1 469	3 306	17 744	37 256	43 383	21 337	4 022	128 517
2003	1 377	3 344	17 722	37 817	44 506	21 821	4 284	130 871
2004	1 324	3 018	17 810	38 272	45 648	21 795	4 563	132 430

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont l'âge de la mère est inconnu.

TABLEAU H2 **Nombre de femmes, selon l'âge**
Ontario, 1995–2004

Année	10–17 ans	18 et 19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans
1995	558 516	139 884	374 229	420 273	499 976	475 301	811 133
1996	570 649	139 195	368 092	413 212	493 202	487 944	837 607
1997	582 026	140 315	365 519	408 533	482 923	498 440	855 038
1998	592 179	143 798	364 418	404 127	468 203	508 491	874 507
1999	601 937	147 854	367 394	399 874	454 141	516 506	896 254
2000	615 204	151 726	373 767	399 119	446 169	521 284	921 642
2001	627 551	156 372	383 799	399 452	447 535	518 767	949 803
2002	637 725	160 171	394 620	405 150	450 617	513 240	977 134
2003	642 472	163 286	405 827	408 306	451 108	501 926	1 003 342
2004	646 787	165 027	415 722	414 081	450 166	490 931	1 026 476

Source : Estimation de la population 0–90+Juillet Canada—provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls

TABLEAU H3 Proportion (%) de naissances vivantes, selon l'âge de la mère*

Ontario, 1995–2004

Année	10–17 ans	18 et 19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans	10–19 ans	35–49 ans
1995	1,91	3,45	15,86	31,64	33,08	12,19	1,87	5,36	14,06
1996	1,74	3,28	15,24	30,93	33,36	13,39	2,06	5,01	15,45
1997	1,54	3,05	14,86	30,55	33,36	14,32	2,31	4,60	16,63
1998	1,62	3,10	15,18	30,09	32,70	14,87	2,44	4,73	17,31
1999	1,48	3,00	14,85	29,91	32,66	15,44	2,67	4,48	18,11
2000	1,37	2,83	14,84	29,34	32,60	16,13	2,87	4,21	19,00
2001	1,15	2,72	13,99	29,19	33,69	16,31	2,96	3,87	19,27
2002	1,14	2,57	13,81	28,99	33,76	16,60	3,13	3,72	19,73
2003	1,05	2,56	13,54	28,90	34,01	16,67	3,27	3,61	19,95
2004	1,00	2,28	13,45	28,90	34,47	16,46	3,45	3,28	19,90

Source : Estimation de la population 0–90+Juillet Canada—provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont l'âge de la mère est inconnu.

TABLEAU H4 Taux de naissances vivantes, selon l'âge maternel pour 1 000 femmes*

Ontario, 1995–2004

Année	10–17 ans	18 et 19 ans	20–24 ans	25–29 ans	30–34 ans	35–39 ans	40–49 ans	10–19 ans	35–49 ans
1995	4,98	35,99	61,82	109,86	96,55	37,42	3,37	11,19	15,95
1996	4,27	32,93	57,94	104,76	94,65	38,42	3,44	9,89	16,31
1997	3,53	28,94	54,06	99,44	91,88	38,20	3,60	8,46	16,34
1998	3,63	28,57	55,11	98,52	92,41	38,70	3,69	8,50	16,56
1999	3,23	26,57	52,97	98,04	94,28	39,19	3,90	7,83	16,80
2000	2,84	23,78	50,56	93,60	93,04	39,40	3,96	6,99	16,77
2001	2,41	22,94	47,99	96,22	99,13	41,39	4,11	6,50	17,28
2002	2,30	20,64	44,96	91,96	96,27	41,57	4,12	5,98	17,02
2003	2,14	20,48	43,67	92,62	98,66	43,47	4,27	5,86	17,34
2004	2,05	18,29	42,84	92,43	101,40	44,40	4,45	5,35	17,37

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Estimation de la population 0–90+Juillet Canada—provinces 1971–2005 (29 janvier 2007).xls
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont l'âge de la mère est inconnu.

■ Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

TABLEAU H7.1 Taux de naissances vivantes, selon l'âge, jeunes femmes de 10 à 14 ans, de 15 à 17 ans et de 18 et 19 ans

Ontario, 1995–2004

Année	10 à 14 ans			15 à 17 ans			18 et 19 ans		
	Nombre de femmes	Nombre de nais. vivantes	Nais. viv. pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de nais. vivantes	Nais. viv. pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de nais. vivantes	Nais. viv. pour 1 000 femmes
1995	353 270	59	0,17	205 246	2 722	13,26	139 884	5 035	35,99
1996	360 053	51	0,14	210 596	2 383	11,32	139 195	4 584	32,93
1997	367 279	48	0,13	214 747	2 005	9,34	140 315	4 061	28,94
1998	372 813	39	0,10	219 366	2 110	9,62	143 798	4 108	28,57
1999	377 920	35	0,09	224 017	1 907	8,51	147 854	3 928	26,57
2000	384 734	42	0,11	230 470	1 708	7,41	151 726	3 608	23,78
2001	391 661	26	0,07	235 890	1 484	6,29	156 372	3 587	22,94
2002	399 490	20	0,05	238 235	1 449	6,08	160 171	3 306	20,64
2003	404 896	15	0,04	237 576	1 362	5,73	163 286	3 344	20,48
2004	407 453	21	0,05	239 334	1 303	5,44	165 027	3 018	18,29

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.

TABLEAU H7.2 Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères adolescentes de 10 à 19 ans

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre de naissances vivantes*	Naissances vivantes de mères de 10 à 14 ans		Naissances vivantes de mères de 15 à 17 ans		Naissances vivantes de mères de 18 et 19 ans	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1995	145 909	59	0,04	2 722	1,87	5 035	3,45
1996	139 942	51	0,04	2 383	1,70	4 584	3,28
1997	132 985	48	0,04	2 005	1,51	4 061	3,05
1998	132 327	39	0,03	2 110	1,59	4 108	3,10
1999	131 084	35	0,03	1 907	1,45	3 928	3,00
2000	127 317	42	0,03	1 708	1,34	3 608	2,83
2001	131 695	26	0,02	1 484	1,13	3 587	2,72
2002	128 517	20	0,02	1 449	1,13	3 306	2,57
2003	130 871	15	0,01	1 362	1,04	3 344	2,56
2004	132 430	21	0,02	1 303	0,98	3 018	2,28

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont l'âge de la mère est inconnu.

TABLEAU H8.1 Taux de naissances vivantes, selon l'âge, femmes de 35 à 49 ans*

Ontario, 1995–2004

Année	35–39 ans			40–49 ans		
	Nombre de femmes	Nombre de nais. vivantes	Nais. vivantes pour 1 000 femmes	Nombre de femmes	Nombre de nais. vivantes	Nais. vivantes pour 1 000 femmes
1995	475 301	17 784	37,42	811 133	2 731	3,37
1996	487 944	18 745	38,42	837 607	2 879	3,44
1997	498 440	19 040	38,20	855 038	3 078	3,60
1998	508 491	19 679	38,70	874 507	3 229	3,69
1999	516 506	20 241	39,19	896 254	3 494	3,90
2000	521 284	20 538	39,40	921 642	3 654	3,96
2001	518 767	21 474	41,39	949 803	3 904	4,11
2002	513 240	21 337	41,57	977 134	4 022	4,12
2003	501 926	21 821	43,47	1 003 342	4 284	4,27
2004	490 931	21 795	44,40	1 026 476	4 563	4,45

Sources : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2005.* Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 2006.
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont l'âge de la mère est inconnu.

TABLEAU H8.2 Proportion (%) de naissances vivantes chez les mères plus âgées de 35 à 49 ans

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre de naissances vivantes*	Naissances vivantes de mères de 35 à 39 ans		Naissances vivantes de mères de 40 à 49 ans	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1995	145 909	17 784	12,19	2 731	1,87
1996	139 942	18 745	13,39	2 879	2,06
1997	132 985	19 040	14,32	3 078	2,31
1998	132 327	19 679	14,87	3 229	2,44
1999	131 084	20 241	15,44	3 494	2,67
2000	127 317	20 538	16,13	3 654	2,87
2001	131 695	21 474	16,31	3 904	2,96
2002	128 517	21 337	16,60	4 022	3,13
2003	130 871	21 821	16,67	4 284	3,27
2004	132 430	21 795	16,46	4 563	3,45

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Exclut les naissances vivantes de mères de ≥50 ans et celles dont l'âge de la mère est inconnu.

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

TABLEAU H17.1 Ratio et taux d'avortement provoqué*

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naissances vivantes	Nombre de femmes 15–44 ans	Avortements provoqués pour 100 naissances vivantes	Avortements provoqués pour 1 000 femmes 15–44 ans
1995	46 095	146 263	2 541 740	31,5	18,1
1996	46 918	140 012	2 551 559	33,5	18,4
1997	44 046	133 004	2 564 362	33,1	17,2
1998	42 452	132 618	2 574 722	32,0	16,5
1999	39 981	131 080	2 586 561	30,5	15,5
2000	39 544	127 408	2 611 129	31,0	15,1
2001	38 827	131 709	2 645 215	29,5	14,7
2002	38 138	128 528	2 678 089	29,7	14,2
2003	36 666	130 927	2 696 303	28,0	13,6
2004	35 183	132 551	2 714 731	26,5	13,0

Sources : Statistique Canada. *Issues de la grossesse 2004.* N° 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051–0001—Estimation de la population canadienne, 1995–2004.
* Inclut les avortements pratiqués sur des résidentes canadiennes dans certains états des États-Unis (avant 2004). Inclut des cas dont l'âge n'est pas précisé et des avortements chez des filles de 14 ans ou moins et des femmes de 45 ans ou plus. Les taux globaux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Les chiffres excluent les avortements subis au Canada par des non-résidentes canadiennes.

TABLEAU H17.3 Ratio et taux d'avortement provoqué, selon l'âge*

Ontario, 2004

Âge (ans)	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de femmes	Taux d'avortement provoqué (IC à 95 %) pour 1 000 femmes
<15**	51	82 804	0,6 (0,5–0,8)
15–19	5 487	404 361	13,5 (13,2–13,9)
20–24	10 762	415 722	25,9 (25,4–26,4)
25–29	7 477	414 081	18,1 (17,7–18,5)
30–34	5 651	450 166	12,6 (12,2–12,9)
35–39	4 044	490 931	8,2 (8,0–8,5)
40–44***	1 710	539 470	3,2 (3,0–3,3)

Âge (ans)	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naissances vivantes	Ratio d'avortement provoqué (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes
<15**	51	21	242,9 (180,8–319,3)
15–19	5 487	4 321	127,0 (123,6–130,4)
20–24	10 762	17 810	60,4 (59,7–61,1)
25–29	7 477	38 272	19,5 (19,1–19,9)
30–34	5 651	45 648	12,4 (12,1–12,7)
35–39	4 044	21 795	18,6 (18,0–19,1)
40–44***	1 710	4 563	37,5 (36,1–38,9)

Sources : Statistique Canada. *Issues de la grossesse 2004.* N° 82-224-XIF au catalogue.
Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051–0001—Estimations de la population canadienne, 1995–2004.
* Peut inclure les avortements subis au Canada par des non-résidentes canadiennes.
** Taux fondé sur la population des femmes âgées de 14 ans.
*** Inclut les avortements pratiqués sur des femmes de ≥45 ans. Taux fondé sur la population des femmes âgées de 40 à 44 ans.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU H20.1 Taux de prématurité*

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre de naissances vivantes*	Nombre de naissances prématurées <32 semaines	Naissance prématurées <32 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées 32–36 semaines	Naissance prématurées 32–36 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées <37 semaines	Naissance prématurées <37 semaines pour 100 naissances vivantes
1995	145 474	1 716	1,2	11 738	8,1	13 454	9,3
1996	139 482	1 603	1,2	11 767	8,4	13 370	9,6
1997	132 848	1 389	1,0	9 295	7,0	10 684	8,0
1998	132 380	1 395	1,1	8 114	6,1	9 509	7,2
1999	130 961	1 471	1,1	7 888	6,0	9 359	7,1
2000	127 318	1 392	1,1	7 932	6,2	9 324	7,3
2001	131 649	1 408	1,1	7 903	6,0	9 311	7,1
2002	128 486	1 406	1,1	7 968	6,2	9 374	7,3
2003	130 885	1 506	1,1	8 180	6,3	9 686	7,4
2004	132 454	1 347	1,0	8 704	6,6	10 051	7,6

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Ce tableau exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU H20.2 Taux de prématurité, naissances simples et naissances multiples*

Ontario, 2004

Pluralité	Nombre de naissances vivantes*	Nombre de naissances prématurées <32 semaines	Naissances prématurées <32 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées 32–36 semaines	Naissances prématurées 32–36 semaines pour 100 naissances vivantes	Nombre de naissances prématurées <37 semaines	Naissances prématurées <37 semaines pour 100 naissances vivantes
Simples	128 250	976	0,8	6 780	5,3	7 756	6,1
Jumeaux	4 032	335	8,3	1 810	44,9	2 145	53,2
Triplets ou plus	172	36	20,9	114	66,3	150	87,2
Toutes naissances vivantes	**132 454**	**1 347**	**1,0**	**8 704**	**6,6**	**10 051**	**7,6**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Ce tableau exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU H21.1 Taux de postmaturité

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre de naissances postmaturées	Nombre de naissances vivantes*	Naissances postmaturées pour 100 naissances vivantes
1995	5 251	145 474	3,6
1996	3 816	139 492	2,7
1997	3 717	132 848	2,8
1998	2 445	132 380	1,8
1999	1 602	130 961	1,2
2000	1 211	127 333	1,0
2001	1 315	131 649	1,0
2002	902	128 486	0,7
2003	764	130 885	0,6
2004	580	132 454	0,4

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Ce tableau exclut les naissances vivantes dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU H22.1 Taux d'hypotrophie néonatale*

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre de naissances vivantes simples présentant une hypotrophie à la naissance	Nombre de naissances vivantes simples	Naissances vivantes présentant une hypotrophie néonatale pour 100 naissances vivantes simples	Naissances vivantes présentant une hypotrophie néonatale (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes simples
1995	–	141 799	–	–
1996	13 872	135 747	10,2	(10,1–10,4)
1997	13 423	129 261	10,4	(10,2–10,6)
1998	12 315	128 648	9,6	(9,4–9,7)
1999	11 359	127 170	8,9	(8,8–9,1)
2000	10 480	123 609	8,5	(8,3–8,6)
2001	11 091	127 750	8,7	(8,5–8,8)
2002	10 783	124 422	8,7	(8,5–8,8)
2003	11 025	126 695	8,7	(8,5–8,9)
2004	10 887	128 220	8,5	(8,3–8,6)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le dixième percentile du poids à la naissance selon le sexe, compte tenu de l'âge gestationnel.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU H23.1 Taux d'hypertrophie néonatale*

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre de naissances vivantes simples présentant une hypertrophie néonatale	Nombre de naissances vivantes simples	Naissances vivantes présentant une hypertrophie néonatale pour 100 naissances vivantes simples	Naissances vivantes présentant une hypertrophie néonatale (IC à 95 %) pour 100 naissances vivantes simples
1995	–	141 799	–	–
1996	16 303	135 747	12,0	(11,8–12,2)
1997	14 351	129 261	11,1	(10,9–11,3)
1998	14 550	128 648	11,3	(11,1–11,5)
1999	15 083	127 170	11,9	(11,7–12,0)
2000	15 753	123 609	12,7	(12,6–12,9)
2001	15 753	127 750	12,3	(12,2–12,5)
2002	14 837	124 422	11,9	(11,7–12,1)
2003	14 715	126 695	11,6	(11,4–11,8)
2004	14 595	128 220	11,4	(11,2–11,6)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

* Exclut les naissances vivantes dont on ne connaît pas l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, les naissances vivantes dont l'âge gestationnel n'atteint pas 22 semaines ou dépasse 43 semaines et les naissances multiples. Le seuil de l'hypotrophie néonatale utilisé est basé sur le 90e percentile du poids à la naissance selon le sexe, compte tenu de l'âge gestationnel.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU H24.1 Taux de mortalité fœtale

Ontario, 1995–2004

Année	Morts fœtales (taux brut)*			Morts fœtales de ≥500 g**		
	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Décès pour 1 000 naissances totales	Nombre de morts fœtales	Nombre de naissances totales	Décès pour 1 000 naissances totales
1995	977	147 238	6,6	738	146 947	5,0
1996	905	140 913	6,4	678	140 585	4,8
1997	881	133 878	6,6	651	133 577	4,9
1998	849	133 455	6,4	611	133 115	4,6
1999	837	131 896	6,3	599	131 559	4,6
2000	815	128 223	6,4	564	127 889	4,4
2001	841	132 550	6,3	576	132 218	4,4
2002	821	129 349	6,3	561	128 989	4,3
2003	966	131 893	7,3	615	131 466	4,7
2004	835	133 386	6,3	525	133 006	3,9

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

* Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.

** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel est de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.

TABLEAU H24.3 Taux de mortalité fœtale, naissances simples et naissances multiples

Ontario, 2004

Pluralité	Morts fœtales (taux brut)*			Morts fœtales de ≥500 g**		
	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Morts (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales	Nombre de morts fœtales	Nombre total de naissances	Morts (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales
Totalité	835	133 386	6,3 (5,8–6,7)	525	133 006	3,9 (3,6–4,3)
Simples	769	129 114	6,0 (5,5–6,4)	503	128 801	3,9 (3,6–4,3)
Multiples	66	4 272	15,4 (12,0–19,6)	22	4 205	5,2 (3,3–7,9)

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 2004.
* Les données excluent toutes les mortinaissances et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance n'atteignait pas 500 g **et** l'âge gestationnel, 20 semaines.
** Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel est de 22 semaines ou plus si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU H24.4 Taux de mortalité selon la cause de fœtus de ≥500 g*

Ontario, 1995–1996 à 2003–2004

Cause	1995–1996		1997–1998		1999–2000	
	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 nais. totales	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 nais. totales	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 nais. totales
Anomalies congénitales	136	0,47	145	0,54	144	0,56
Complications de la grossesse chez la mère	80	0,28	60	0,22	51	0,20
Complications liées au placenta, au cordon ou aux membranes	567	1,97	471	1,77	417	1,61
Hypoxie intrautérine et asphyxie à la naissance	75	0,26	70	0,26	71	0,27
Cause non précisée	289	1,01	278	1,04	285	1,10
Nombre de naissances totales	**287 532**		**266 692**		**259 433**	

Cause	2001–2002		2003–2004	
	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 nais. totales	Nombre de morts fœtales	Décès pour 1 000 nais. totales
Anomalies congénitales	146	0,56	134	0,51
Complications de la grossesse chez la mère	53	0,20	52	0,20
Complications liées au placenta, au cordon ou aux membranes	382	1,46	354	1,34
Hypoxie intrautérine et asphyxie à la naissance	51	0,20	47	0,18
Cause non précisée	260	1,00	295	1,12
Nombre de naissances totales	**261 207**		**264 472**	

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.
* Basé sur les recommandations de l'OMS, ce qui inclut les morts fœtales dont l'âge gestationnel atteint ou dépasse 22 semaines si l'on ne connaît pas le poids à la naissance.

TABLEAU H25.1A Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours)

Ontario, 1995–2004

Année	Calcul basé sur la période de naissance				Calcul basé sur la cohorte de naissance			
	Nombre de morts néonatales	Nombre de naissances vivantes	Morts néon. pour 1 000 naissances vivantes*	IC à 95 %	Nombre de morts néonatales de ≥500 g	Nombre de naissances vivantes	Morts néonatales de ≥500 g pour 1 000 nais. vivantes**	IC à 95 %
1995	608	146 261	4,2	(3,8–4,5)	548	146 304	3,8	(3,5–4,1)
1996	584	140 010	4,2	(3,8–4,5)	528	140 092	3,7	(3,4–4,1)
1997	518	132 997	3,9	(3,6–4,2)	462	132 932	3,8	(3,5–4,1)
1998	501	132 606	3,8	(3,5–4,1)	431	132 512	3,5	(3,2–3,8)
1999	510	131 061	3,9	(3,6–4,2)	433	130 979	3,3	(3,0–3,6)
2000	505	127 408	4,0	(3,6–4,3)	440	127 325	3,3	(3,0–3,6)
2001	521	131 709	4,0	(3,6–4,3)	455	131 642	3,5	(3,1–3,8)
2002	520	128 528	4,0	(3,7–4,4)	435	128 500	3,5	(3,1–3,8)
2003	542	130 927	4,1	(3,8–4,5)	474	130 851	3,4	(3,1–3,7)
2004	577	132 551	4,4	(4,0–4,7)	–	–	–	–

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1995–2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU H25.1B Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours)

Ontario, 1995–2004

Année	Calcul basé sur la période de naissance				Calcul basé sur la cohorte de naissance			
	Nombre de morts post-néonatales	Nombre de survivants néonataux	Morts post-néonatales pour 1 000 survivants néonataux*	IC à 95 %	Nombre de morts postnéonatales ≥500 g	Nombre de survivants néonataux	Morts post-néonatales de ≥500 g pour 1 000 survivants néonataux**	IC à 95 %
1995	262	145 653	1,8	(1,6–2,0)	255	145 756	1,7	(1,5–2,0)
1996	218	139 426	1,6	(1,4–1,8)	206	139 564	1,5	(1,3–1,7)
1997	210	132 479	1,6	(1,4–1,8)	188	132 470	1,4	(1,2–1,6)
1998	165	132 105	1,2	(1,1–1,5)	178	132 081	1,3	(1,2–1,6)
1999	195	130 551	1,5	(1,3–1,7)	195	130 546	1,5	(1,3–1,7)
2000	208	126 903	1,6	(1,4–1,9)	182	126 885	1,4	(1,2–1,7)
2001	192	131 188	1,5	(1,3–1,7)	185	131 187	1,4	(1,2–1,6)
2002	161	128 008	1,3	(1,1–1,5)	157	128 065	1,2	(1,0–1,4)
2003	150	130 385	1,2	(1,0–1,4)	153	130 377	1,2	(1,0–1,4)
2004	158	131 974	1,2	(1,0–1,4)	–	–	–	–

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1995–2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU H25.1C Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours)

Ontario, 1995–2004

Année	Calcul basé sur la période de naissance				Calcul basé sur la cohorte de naissance			
	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Morts infantiles pour 1 000 naissances vivantes*	IC à 95 %	Nombre de morts infantiles de ≥500 g	Nombre de naissances vivantes	Morts infantiles de ≥500 g pour 1 000 nais. vivantes**	IC à 95 %
1995	870	146 261	5,9	(5,6–6,4)	805	146 304	5,5	(5,1–5,9)
1996	802	140 010	5,7	(5,3–6,1)	735	140 092	5,2	(4,9–5,6)
1997	728	132 997	5,5	(5,1–5,9)	651	132 932	4,9	(4,5–5,3)
1998	666	132 606	5,0	(4,6–5,4)	614	132 512	4,6	(4,3–5,0)
1999	705	131 061	5,4	(5,0–5,8)	629	130 979	4,8	(4,4–5,2)
2000	713	127 408	5,6	(5,2–6,0)	622	127 325	4,9	(4,5–5,3)
2001	713	131 709	5,4	(5,0–5,8)	640	131 642	4,9	(4,5–5,3)
2002	681	128 528	5,3	(4,9–5,7)	592	128 500	4,6	(4,2–5,0)
2003	692	130 927	5,3	(4,9–5,7)	627	130 851	4,8	(4,4–5,2)
2004	735	132 551	5,5	(5,2–6,0)	–	–	–	–

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 1995–2003 (calcul basé sur la cohorte) et Fichier non lié, 1995–2004 (calcul basé sur la période).

* Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

** Inclut les décès survenus chez les enfants qui pesaient 500 g ou plus à la naissance pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la cohorte). Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, mais les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ont été exclues.

IC—intervalle de confiance

TABLEAU H25.5 Causes de mortalité infantile*

Ontario, 2004

Cause	Nombre de décès de nourrissons	Proportion (%) de décès parmi tous les décès de nourrissons	Nombre de morts néonatales	Proportion (%) de décès parmi toutes les morts néonatales	Nombre de morts post-néonatales	Proportion (%) de décès parmi toutes les morts postnéonatales
Anomalies congénitales	166	22,6	127	22,0	39	24,7
Asphyxie	112	15,2	107	18,5	5	3,2
Immaturité	223	30,3	203	35,2	20	12,7
Infection	47	6,4	26	4,5	21	13,3
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	32	4,4	3	0,5	29	18,4
Autres morts infantiles inexpliquées	20	2,7	11	1,9	9	5,7
Causes externes	4	0,5	0	0,0	4	2,5
Autres	131	17,8	100	17,3	31	19,6
TOTAL	**735**	**100**	**577**	**100**	**158**	**100**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier non relié, 2004.

* Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).

TABLEAU H25.6 Taux de mortalité infantile, selon la cause*

Ontario, 1999 et 2004

Cause selon la classification ICE modifiée	1999		2004	
	Nombre de décès de nourrissons	Taux de mortalité des nourrissons pour 1 000 naissances vivantes	Nombre de décès de nourrissons	Taux de mortalité des nourrissons pour 1 000 naissances vivantes
Anomalies congénitales	206	1,6	166	1,3
Asphyxie	58	0,4	112	0,8
Immaturité	209	1,6	223	1,7
Infection	60	0,5	47	0,4
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	46	0,4	32	0,2
Autres morts infantiles inexpliquées	19	0,1	20	0,2
Causes externes	10	0,1	4	0,0
Autres	97	0,7	131	1,0
TOTAL	**705**	**5,4**	**735**	**5,5**
Naissances vivantes	**131 061**		**132 551**	

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier non lié, 1999 et 2004.
* Inclut les décès survenus pendant l'année civile indiquée (calcul basé sur la période).
ICE—International Collaborative Effort (sur la mortalité périnatale et infantile)

TABLEAU H25.7 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel

Ontario, 2001 à 2003 combinées

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes
<22	126	126	1 000,0 (971,1–1 000,0)
22–23	239	266	898,5 (855,8–932,0)
24–25	157	463	339,1 (296,0–384,2)
26–27	76	668	113,8 (90,7–140,3)
28–31	120	2 799	42,9 (35,7–51,0)
32–33	46	3 644	12,6 (9,3–16,8)
34–36	103	20 414	5,0 (4,1–6,1)
37–41	460	359 729	1,3 (1,2–1,4)
≥42	5	2 982	1,7 (0,5–3,9)
Âge gestationnel inconnu	2	145	13,8 (1,7–48,9)
Non relié	749	–	–
Tous les âges gestationnels	**2 083**	**391 236**	**5,3 (5,1–5,6)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 2001–2003.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU H25.8 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance

Ontario, 2001 à 2003 combinées

Poids à la naissance (grammes)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes
<500	223	242	921,5 (880,1–952,1)
500–749	281	590	476,3 (435,3–517,5)
750–999	109	729	149,5 (124,4–177,5)
1,000–1,249	52	921	56,5 (42,5–73,4)
1,250–1,499	36	1 207	29,8 (21,0–41,1)
1,500–1,999	81	4 617	17,5 (14,0–21,8)
2,000–2,499	83	14 638	5,7 (4,5–7,0)
2,500–3,999	415	316 364	1,3 (1,2–1,4)
≥4,000	53	51 799	1,0 (0,8–1,3)
Poids à la naissance inconnu	1	129	7,8 (0,2–42,4)
Non relié	749	–	–
Tous les poids à la naissance	**2 083**	**391 236**	**5,3 (5,8–6,3)**

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, Fichier couplé sur les naissances et les décès infantiles, 2001–2003.
IC—intervalle de confiance

TABLEAU H27.1 Taux d'accouchement multiple

Ontario, 1995–2004

Année	Nombre d'accouchements multiples	Nombre d'accouchements (naissances vivantes et mortinaissances)	Accouchements multiples pour 100 naissances totales
1995	3 592	147 239	2,4
1996	3 711	140 915	2,6
1997	3 583	133 878	2,7
1998	3 764	133 456	2,8
1999	3 829	131 898	2,9
2000	3 734	128 223	2,9
2001	3 955	132 550	3,0
2002	4 087	129 349	3,2
2003	4 240	131 892	3,2
2004	4 272	133 386	3,2

Source : Statistique Canada. Système canadien de la statistique de l'état civil, 1995–2004.

Annexe I

Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) Publications (à compter de janvier 2008)

Communications publiées ou sous presse dans des journaux critiqués par les pairs

2007

Chalmers B, Dzakpasu S, Heaman M, Kaczorowski J, Molnar-Szakács H (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité). Conducting a national survey of women's perinatal experiences in Canada. *Revue canadienne de santé publique.* 2007;98(4):281–3.

Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, Young DC, Liston RM, Baskett TF (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada. *BJOG.* 2007;114(6):751–9.

Joseph KS, Huang L, Liu S, Ananth CV, Allen AC, Sauve R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Reconciling the high rates of preterm and postterm birth in the United States. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):813–22.

Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *JAMC.* 2007;176(4):455–60.

Liu S, Heaman M, Sauve R, Liston R, Reyes F, Bartholomew S, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). An analysis of antenatal hospitalization in Canada, 1991–2003. *Matern Child Health J.* 2007;11(2):181–7.

2006

Kramer MS, Rouleau J, Baskett TF, Joseph KS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Amniotic-fluid embolism and medical induction of labour: a retrospective, population-based cohort study. *Lancet.* 2006;368(9545):1444–8.

Luo ZC, Wilkins R, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population study. *JAMC.* 2006;174(10):1415–21.

Bartholomew S, Liston R. Maternal mortality: an important priority [lettre]. *JAMC.* 2006;174:1447.

2005

Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Rusen ID, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001. *JAMC.* 2005;173(7):759–64.

Wen SW, Fung Kee Fung K, Huang L, Demissie K, Joseph KS, Allen AC, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Fetal and neonatal mortality among twin gestations in a Canadian population: the effect of intrapair birthweight discordance. *Am J Perinatol.* 2005;22(5):279–86.

Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R. Infant mortality in Alberta and all of Canada [lettre]. *JAMC.* 2005;172(7):856–7.

Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale System, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):836–42.

Dzakpasu S, Chalmers B (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité). Canadian Maternity Experiences Survey Pilot Study. *Birth.* 2005;32(1):34–8.

2004

Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(4):1263–9.

Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26(8):735–42.

Luo ZC, Wilkins R, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Disparities in pregnancy outcomes according to marital and cohabitation status. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):1300–7.

Luo ZC, Liu S, Wilkins R, Kramer MS (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Risks of stillbirth and early neonatal death by day of week. *JAMC.* 2004;170(3):337–41.

2003

Wen SW, Kramer MS, Platt R, Demissie K, Joseph KS, Liu S, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Secular trends of fetal growth in Canada, 1981 to 1997. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2003;17(4):347–54.

Joseph KS, Liu S, Demissie K, Wen SW, Platt RW, Ananth CV, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). A parsimonious explanation for intersecting perinatal mortality curves: understanding the effects of plurality and of parity. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2003;3:3.

2002

Wen SW, Chen LM, Li CY, Kramer MS, Allen AC (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Comparaison de la mortalité fœto-infantile selon le poids à la naissance : impact de l'absence de données relatives au poids à la naissance des fœtus et des bébés décédés par rapport aux survivants. *Maladies chroniques au Canada.* 2002;23(4):164–170.

Kramer MS, Liu S, Luo Z, Yuan H, Platt RW, Joseph KS. Analysis of perinatal mortality and its components: time for a change? *Am J Epidemiol.* 2002;156(6):493–7.

Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(3):681–7.

Joseph KS, Marcoux S, Ohlsson A, Kramer MS, Allen AC, Liu S, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Preterm birth, stillbirth and infant mortality among triplet births in Canada, 1985-96. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2002;16(2):141–8.

Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination on overall infant mortality in Canada. *JAMA.* 2002;287(12):1561–7.

Turner LA, Kramer MS, Liu S (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles). Mortalité pendant et après la grossesse selon la cause et définition de la mortalité maternelle. *Maladies chroniques au Canada.* 2002;23(1):36–41.

Turner LA, Cyr M, Kinch RAH, Liston R, Kramer MS, Fair M, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles). Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada.* 2002;23(1):26–35.

2001

Joseph KS, Marcoux S, Ohlsson A, Liu S, Allen A, Kramer MS, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Changes in stillbirth and infant mortality associated with increases in preterm birth among twins. *Pediatrics.* 2001;108(5):1055–61.

Liu S, Joseph KS, Wen SW, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Secular trends in congenital anomaly-related fetal and infant mortality in Canada, 1985–1996. *Am J Med Genetics.* 2001;104(1):7–13.

Kramer MS, Platt RW, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics.* 2001;108(2):e35.

Wen SW, Joseph KS, Kramer MS, Demissie K, Oppenheimer L, Liston R, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). Tendances récentes de l'issue fœto-infantile des grossesses prolongées. *Maladies chroniques au Canada.* 2001;22(1):1–6.

Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Mery LS, Platt RW, Wen SW. Implausible birth weight for gestational age. *Am J Epidemiol.* 2001;153(2):110–3.

Wen SW, Liu S, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson, Sauve R, et coll. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J Epidemiol.* 2001;153(2):103–7.

2000

Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Cyr M, Fair M, Ohlsson A, et coll. (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Gestational age- and birth weight-specific declines in infant mortality in Canada, 1985–1994. *Pediatr Perinat Epidemiol.* 2000;14(4):332–9.

Wen SW, Liu S, Kramer MS, Joseph KS, Marcoux S, Levitt C, et coll. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. *Am J Epidemiol.* 2000;152(11):1009–14.

Kramer MS, Marcoux S, Joseph KS, Ohlsson A, McCarthy B. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA.* 2000;284(7):843–9.

Dzakpasu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC. The Matthew effect: infant mortality in Canada and internationally. *Pediatrics.* 2000;106:e5.

Wen SW, Rouleau J, Lowry RB, Kinakin B, Anderson-Redick S, Sibbald B, et coll. Congenital anomalies ascertained by two record systems run in parallel in the Canadian province of Alberta. *Revue canadienne de santé publique.* 2000;91(3):193–6.

Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique.* 2000;91(1):46–50.

Wen SW, Liu S, Joseph KS, Rouleau J, Allen A. Patterns of infant mortality caused by congenital anomalies. *Teratology.* 2000;61(5):342–6.

Wen SW, Kramer MS, Liu S, Dzakpasu S, Sauvé R (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude de la santé fœtale et infantile). Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994. *Maladies chroniques au Canada.* 2000;21(1):15–24.

Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, MacDonald RC (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). Une évaluation de la validité d'un système informatique pour le couplage probabiliste des enregistrements de naissance et de décès de nourrissons au Canada. *Maladies chroniques au Canada.* 2000;21(1):8–14.

1999

Wen SW, Liu S, Joseph KS, Trouton K, Allen A. Regional patterns of infant mortality caused by lethal congenital anomalies. *Revue canadienne de santé publique.* 1999;90(5):316–9.

Wen SW, Mery L, Kramer MS, Jimenez V, Trouton K, Herbert P, et coll. Attitudes of Canadian women towards birthing centre and nurse/midwife care for childbirth. *JAMC.* 1999;161(6):708–9.

Joseph KS, Allen A, Kramer MS, Cyr M, Fair ME (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile). Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985–95. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1999;13(3):278–87.

Liu S, Wen SW. Élaboration du couplage des données sur les congés d'hôpitaux pour l'étude des réadmissions chez les nouveau-nés. *Maladies chroniques au Canada.* 1999;20(3):86–91.

1998

Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen AC, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med.* 1998;339(20):1434–9.

Fair M, Wilkins R, Cyr M, Chen J (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. *Rapports sur la santé.* 1998;10(3):53–64.

Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. *JAMC.* 1998;158(7):875–80.

Wen SW, Liu S, Fowler D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada. *Revue canadienne de santé publique.* 1998;89(2):115–9.

1997

Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale. *Maladies chroniques au Canada.* 1997;18(3):125–132.

Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of lowbirth-weight live births in Canada. *JAMC.* 1997;157(5):535–41.

Joseph KS, Kramer MS. Canadian infant mortality: 1994 updale. *JAMC.* 1997;156(2):161–3.

1996

Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 g. *JAMC.* 1996;155(8):1047–52.

Rapports publiés

Santé Canada. *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada—Surveillance accrue : la voie de la prévention.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2004. N^{o} H39-4/44-2004F au catalogue.

Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; *2003*. N^{o} H49-142/2003F au catalogue.

Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada—Rapport sur la santé périnatale, 2002.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002. N^{o} H39-641/2002F au catalogue.

Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000. N^{o} H49-142/2000F au catalogue.

Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000. N^{o} H49-135/2000F au catalogue.

Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, MacDonald RC (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile). *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissances et de décès infantiles au Canada.* Ottawa : Statistique Canada; 1999. N° 84F0013-XIF au catalogue.

Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale, 1997–1998.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998. N° H21-131/1998F au catalogue.

Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale.* Ottawa : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 1995. N° H21-131/1996F au catalogue.

Fiches d'information publiées

Césarienne à la demande de la mère —Information destinée aux femmes*	Février 2007	(français et anglais)
Les sévices physiques durant la grossesse	Février 2004	(français et anglais)
Prématurité	Octobre 1999	(français et anglais)
Syndrome de la mort subite du nourrisson	Septembre 1999	(français et anglais)
Consommation d'alcool durant la grossesse	Novembre 1998	(français et anglais)
Allaitement maternel	Novembre 1998	(français et anglais)
Avortement provoqué	Avril 1998	(français et anglais)
Rapport sur la mortalité maternelle au Canada	Avril 1998	(bilingue)
Mortalité infantile	Mars 1998	(français et anglais)

* Disponible sur le site Web du SCSP : http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/index.html